

**Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen
Ludwigsburg**

University of Applied Sciences

**Das Schweizer Krankenversicherungssystem – Vorbild
oder Negativbeispiel für Deutschland?**

**- Ein Vergleich der beiden Systeme unter Betrachtung der
Gemeinsamkeiten und Differenzen**

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des Grades einer

Bachelor of Laws (B.A.)

Im Studiengang Rentenversicherung – Public Management

vorgelegt von

Anna Süßmuth

Studienjahr 2016/2017

Erstgutachter: Prof. Annemarie Diebold

Zweitgutachter: Peter Schmeiduch

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Verzeichnis der Anlagen	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Aufbau der Arbeit	2
1.2 Eingrenzung des Themas	3
2 Das Krankenversicherungssystem in Deutschland.....	4
2.1 Der Ursprung der gesetzlichen Krankenversicherung.....	5
2.2 Grundprinzipien.....	6
2.2.1 Das Solidarprinzip.....	7
2.2.2 Das Sachleistungsprinzip	10
2.2.3 Das Selbstverwaltungsprinzip.....	11
2.3 Leistungen	13
2.3.1 Pflichtleistungen.....	13
2.3.1.1 Krankheitsverhütung §§ 20 bis 23 SGB V	15
2.3.1.2 Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch §§ 24 bis 24b SGB V	17
2.3.1.3 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft §§ 24c bis 24i SGB V	17
2.3.1.4 Früherkennung von Krankheiten §§ 25 bis 26 SGB V....	18
2.3.1.5 Behandlung einer Krankheit §§ 27 bis 52 SGB V.....	19
2.3.2 Mehrleistungen	21
2.4 Träger	21
2.4.1 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	22
2.4.2 Betriebskrankenkasse (BKK)	22
2.4.3 Innungskrankenkassen (IKK).....	23
2.4.4 Ersatzkassen (EK)	23
2.4.5 Landwirtschaftliche Krankenkassen.....	23
2.4.6 Knappschaftliche Krankenversicherung.....	24

2.4.7	Verbände der Krankenkassen	24
2.5	Versicherte in der GKV	24
2.5.1	Pflichtversicherung	25
2.5.2	Freiwillige Versicherung	25
2.5.3	Familienversicherung	26
2.6	Finanzierung	26
2.6.1	Einkommensabhängige Beiträge	26
2.6.2	Bundeszuschuss	27
2.6.3	Gesundheitsfonds	28
3	Das Schweizer Krankenversicherungssystem	29
3.1	Ursprung der Schweizer Krankenversicherung	29
3.2	Die Grundprinzipien	30
3.2.1	Das Solidarprinzip	31
3.2.2	Das Obligatorium	31
3.2.3	Die Beitragsentrichtung	32
3.2.4	Die Abrechnungsmethoden	32
3.3	Leistungen	33
3.3.1	Grundversicherung	34
3.3.2	Zusatzversicherung	35
3.3.3	Taggeldversicherung	36
3.4	Träger	37
3.5	Versicherte der obligatorischen Krankenversicherung	38
3.6	Finanzierung	39
3.6.1	Prämien der Versicherten	39
3.6.2	Kostenbeteiligung der Versicherten	40
3.6.3	Gelder des Bundes	41
3.6.4	Risikoausgleich	41
4	Der Vergleich der beiden Systeme unter gemeinsamen Gesichtspunkten	42
4.1	Die beiden Systeme im Allgemeinen	42
4.2	Der Ursprung der beiden Systeme	43
4.3	Die Grundprinzipien im Vergleich	44

4.3.1	Das Solidarprinzip.....	44
4.3.2	Das System im Konkreten	45
4.3.3	Die Abrechnungsmethoden der Leistungen.....	46
4.3.4	Die Beitragsentrichtung	47
4.4	Die Leistungen	47
4.4.1	Die genauere Betrachtung der gesetzlich festgelegten Leistungen.....	48
4.4.2	Zusätzliche Absicherung.....	51
4.5	Die Träger der Systeme	52
4.6	Die Versicherten der beiden Systeme.....	52
4.7	Die Finanzierung der beiden Systeme im Vergleich	53
4.7.1	Die Beitrags- bzw. Prämienentrichtung.....	54
4.7.2	Kostenbeteiligungen durch den Versicherten	55
4.7.3	Zuschüsse durch den Bund	56
4.7.4	Risikoausgleich.....	57
5	Fazit und Beantwortung der Titelfrage.....	58
	Anlagen	61
	Literaturverzeichnis	62
	Erklärung der Verfasserin.....	69

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ATSG	Vorschriften aus dem allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BKK	Betriebskrankenkassen
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
BVG	Bundesversorgungsgesetz
Bzw.	Beziehungsweise
CHF	Schweizer Franken
EK	Ersatzkassen
Etc.	et cetera
f.	folgend
ff.	die Folgenden
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkassen
KVG	Krankenversicherungsgesetz/ Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
Nr.	Nummer
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
Vgl.	Vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
§	Paragraph
€	Euro

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung.	7
Abbildung 2: Summe der Einnahmen und Ausgaben (ohne Krankengeld) der GKV nach Alter der Versicherten im Jahr 1999.....	9
Abbildung 3: §21 SGB I Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	14
Abbildung 4: §11 SGB V Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung	15
Abbildung 5: §27 SGB V Leistungen der Krankenbehandlung.....	20
Abbildung 6: §4 Absatz 2 SGB V: Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung.	22
Abbildung 7: Die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung.	34
Abbildung 8: Die Leistungen des Schweizer Krankenversicherungssystems im Einzelnen	35

Verzeichnis der Anlagen

Die Anlagen befinden sich auf der beigelegten CD.

Anlage 1: Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland

Anlage 2: Solidarprinzip

Anlage 3: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung

Anlage 4: Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung - GKV-Spitzenverband

Anlage 5: Sachleistungsprinzip

Anlage 6: Sachleistungsprinzip

Anlage 7: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Anlage 8: Gesetzliche Leistungen der Krankenkassen -Leistungskatalog

Anlage 9: Satzungsleistungen - Mehrleistungen der Krankenkassen

Anlage 10: Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte

Anlage 11: AOK in Zahlen

Anlage 12: Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz

Anlage 13: Liste der BKK (Betriebskrankenkassen)

Anlage 14: Innungskrankenkassen

Anlage 15: IKK Krankenkasse: Innungskassen im Überblick

Anlage 16: Ersatzkassen

Anlage 17: Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 18: Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Anlage 19: Arbeitnehmer - Infos zur Krankenversicherung

Anlage 20: Zusatzbeitragssatz - GKV-Spitzenverband

Anlage 21: Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

Anlage 22: Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA) - GKV-Spitzenverband

Anlage 23: Risikostrukturausgleich (RSA)

Anlage 24: Krankenkasse für Schweizer_ Beste Offerte für 2017 sichern!

Anlage 25: Geschichte der sozialen Sicherheit-Krankheit

Anlage 26: Krankenversicherung Schweiz mit Grundversicherung + Zusatz

Anlage 27: Krankenkassen: Abrechnungen

Anlage 28: Tiers payant - Definition

Anlage 29: Tiers garant - Definition

Anlage 30: Tiers soldant einfach erklärt

Anlage 31: Schweiz: Krankenversicherung in der Schweiz - Die obligatorische Versicherung

Anlage 32: Krankentaggeld

Anlage 33: Krankentaggeldversicherung Schweiz: Leistung nach Wartefrist

Anlage 34: Beste Krankenkasse für 2017- Tests und Bewertungen

Anlage 35: Krankenversicherung Schweiz – comparis.ch

Anlage 36: Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz

Anlage 37: Versicherungspflicht

Anlage 38: Das Wichtigste in Kürze

Anlage 39: Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz

Anlage 40: Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Schweiz

Anlage 41: Franchise - Selbstbehalt Krankenkasse

Anlage 42: Selbstbehalt in der Grundversicherung

Anlage 43: Risikoausgleich

Anlage 44: Leben ohne Krankenkasse- Was droht, wenn man keine Versicherung hat

Anlage 45: Was geschieht eigentlich, wenn ich mich nicht versichere

Anlage 46: Fahrkosten: Krankentransport - GKV-Spitzenverband

Anlage 47: Informationen zu Badekuren nach dem Bundesversorgungsgesetz

Anlage 48: Zuzahlungen auf einen Blick: AOK – Die Gesundheitskasse

Anlage 49: Gesundheit

1 Einleitung

"Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."¹

Wie die Gesundheitsdefinition der WHO schon deutlich macht, ist Gesundheit der Zustand, in dem Gebrechen oder Krankheit nicht vorhanden ist und völliges Wohlbefinden herrscht. In der Gesellschaft ist dies jedoch nicht immer der Fall und Krankheit oder eine Störung des Wohlbefindens ist häufig vorzufinden. Krankheit kann sehr vielseitig sein und ist somit nicht auf eine Form zu beschränken. Sie beeinträchtigt das alltägliche Leben und auch die Lebensqualität des einzelnen Menschen. So bedarf es einer Absicherung gegen das Risiko Krankheit, welche in Form der Krankenversicherung vorzufinden ist. Das Krankenversicherungssystem ist ein komplexes System, welches für die Bevölkerung von hoher Bedeutung ist. Die Ursprünge reichen weit zurück, sodass es sich über lange Zeit zu einem System entwickelt hat, wie es heute existiert. Krankenversicherungssysteme gibt es in vielen Ländern, jedoch unterscheiden diese sich teilweise enorm voneinander. So auch das deutsche Krankenversicherungssystem vom Schweizer Krankenversicherungssystem. Zwei Systeme, die im Vergleich zunächst unterschiedlich erscheinen, bei Betrachtung der Einzelheiten aber einige Gemeinsamkeiten haben.

Das deutsche System der Krankenversicherung bildet eine tragende Säule der Sozialversicherung und ist für die Bevölkerung von hoher Bedeutung. Es ist ein ausgereiftes System, das sich über viele Jahre zu dem entwickelt hat, wie es heute vorzufinden ist. So auch das Krankenversicherungssystem der Schweiz.

¹ Gesundheitsdefinition der WHO, Gesundheit (Anlage 49), 23.04.2017.

² Vgl. https://währungsrechner.com/?gclid=COip2fHYutMCFQtAGwodN_QJ5w,

Doch ist das deutsche System für die Bevölkerung in Deutschland auch das Beste? Oder stellt das Schweizer System eine bessere Alternative dar?

Die folgende Bachelorarbeit betrachtet beide Systeme in ihren Einzelheiten. Darauf folgt ein Vergleich mit den Vor- und Nachteilen des einzelnen Systems. Daraus ergeben sich Punkte, die für das jeweilige System sprechen, welche abschließend im Fazit nochmals aufgegriffen werden.

1.1 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit umfasst fünf Kapitel, welche folgende Schwerpunkte thematisieren:

Das erste Kapitel beinhaltet die Hinführung zum Thema, sowie die Eingrenzung des Themenbereichs und gibt einen Überblick über den strukturellen Aufbau. Um die Titelfrage beantworten und einen Vergleich durchführen zu können, ist zunächst eine separate Einführung in das jeweilige System erforderlich. So wird in Kapitel zwei das deutsche Krankenversicherungssystem und in Kapitel drei das Schweizer Krankenversicherungssystem in seinen Einzelheiten vorgestellt. Hierbei werden zentrale Gesichtspunkte thematisiert, wie der Ursprung des jeweiligen Systems, vorliegende Grundprinzipien aber auch die Leistungen im Einzelnen. Desweiteren werden die Träger aber auch die Versicherten genauer betrachtet und ein Überblick über die Finanzierung des jeweiligen Systems gegeben. Im vierten Kapitel wird ein Vergleich der beiden Systeme unter den gemeinsamen Gesichtspunkten durchgeführt, welche sich aus Kapitel zwei und Kapitel drei ergeben. Schließlich beinhaltet das fünfte und zugleich letzte Kapitel das Fazit, welches sich aus dem vorherigen Vergleich ergibt. Hier erfolgt die Beantwortung der Titelfrage, ob das Schweizer System als Vorbild, oder doch mehr als Negativbeispiel für Deutschland zu sehen ist.

1.2 Eingrenzung des Themas

Der Inhalt dieser Bachelorarbeit nimmt ausschließlich Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die Möglichkeit zur privaten Krankenversicherung in Deutschland wird aufgezeigt, jedoch nicht im Genaueren betrachtet. So liegt der Schwerpunkt in beiden Systemen auf gesetzlichen Regelungen, welche den Großteil der Bevölkerung betreffen. Die Inhalte dieser Arbeit beziehen sich auf den einzelnen Versicherten in der Bevölkerung und nicht auf den Staat als Gesamtheit. Auf die Pflegeversicherung wird nicht eingegangen.

Thematisiert werden grundsätzliche Bestimmungen, welche sich im deutschen System überwiegend aus dem SGB V und im Schweizer Krankenversicherungssystem aus dem Krankenversicherungsgesetz und der Verordnung über die Krankenversicherung ergeben. Auf Übergangsbestimmungen, Ausnahmefälle oder spezielle Personenkreise wird im Einzelnen nicht eingegangen.

In der Schweiz ist die aktuelle Währung der Schweizer Franken. Um einen Vergleich möglich zu machen, benötigt man den aktuellen Wechselkurs. 1€ entspricht derzeit 1,07CHF (23.04.2017).² Desweiteren ist bei den genannten Beträgen zu beachten, dass die Gehälter und Löhne in der Schweiz in der Regel höher sind, als in Deutschland.

In der vorliegenden Arbeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet, um die Lesbarkeit zu vereinfachen. Die gewählten Bezeichnungen gelten so für beide Geschlechter.

² Vgl. https://waehrungsrechner.com/?gclid=COip2fHYutMCFQtAGwodN_QJ5w, 23.04.2017.

2 Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland besteht grundsätzlich aus zwei Teilen: Der privaten Krankenversicherung (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).³

Die gesetzliche Krankenversicherung bildet den ältesten Sozialversicherungszweig und ist sehr bedeutend für unser Gesundheitssystem.⁴ Rechtsgrundlage für die gesetzliche Krankenversicherung stellt das SGB V dar, welches am 01. Januar 1989 in Kraft trat. Es verfügt über dreizehn Kapitel. Aus dem SGB V ergeben sich allgemeine Vorschriften, der versicherte Personenkreis, Einzelheiten über die Leistungen, die Organisation der Träger, die Finanzierung und weitere wichtige Regelungen.

Neben dem SGB V kommen auch Vorschriften aus dem SGB I, dem SGB IV und dem SGB X zur Anwendung. Das SGB I und SGB X bilden hier den für alle Teile des Sozialrechts geltenden Teil. Bedeutend neben dem SGB V ist jedoch auch das SGB IV, welches gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung beinhaltet.⁵

Schon die ersten vier Paragraphen des fünften Sozialgesetzbuches verdeutlichen die wesentlichen Merkmale des sozialen Systems.

Der erste Paragraph zeigt schon mit seinem Titel, welche Aufgabe die gesetzlichen Krankenversicherung hat: Solidarität und Eigenverantwortung.

Als Solidargemeinschaft soll die GKV den Gesundheitszustand der Versicherten erhalten, wiederherstellen oder verbessern. Für den Gesundheitszustand werden die Versicherten mit in die Verantwortung gezogen. Diese sollen durch aktives Mitwirken an Maßnahmen und Behandlungen, sowie durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung

³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Krankenversicherung, S.9, Stand Oktober 2016.

⁴ Vgl. Marburger, SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, S. 13, 2014.

⁵ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 39.

den Eintritt von Krankheit entgegenwirken oder die Auswirkungen solcher verbessern.

§2 und §2b erfassen die Sachleistungen, auf welche §3 mit den Grundsätzen der solidarischen Finanzierung folgt.

Eine bedeutende Regelung der Krankenversicherung stellt der vierte Paragraph des fünften Sozialgesetzbuches dar, welcher die Gliederung des Systems und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung thematisiert. Eine wichtige Aufgabe kommt hier den Krankenkassen zu, welche den Versicherten als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beratung, durch Aufklärung und durch entsprechende Leistungen Unterstützung bieten. Diese sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts und haben die Selbstverwaltung inne.

Schon aus dem ersten Kapitel des fünften Sozialgesetzbuches wird ersichtlich, welche Aufgaben und Hintergründe die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat.

2.1 Der Ursprung der gesetzlichen Krankenversicherung

Schon zur Zeit der Antike und des Mittelalters sind Vorläufer der heutigen Krankenversicherung zu finden. Die erste gesetzliche Krankenversicherung stammt jedoch aus dem 19. Jahrhundert aus der Zeit der Industrialisierung, wo Not und Leid unter der Bevölkerung herrschte.⁶ Unter Reichskanzler Otto von Bismarck wurde 1883 das Gesetz betreffend der Krankenversicherung für Arbeiter und somit die erste gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Daraus resultiert, dass die GKV die älteste Säule der Sozialversicherung bildet. Aus diesem Gesetz geht die Versicherungspflicht für bestimmte gewerbliche Arbeiter hervor, welche von nun an im Krankheitsfall einen Anspruch auf ärztliche Versorgung, Kranken- und Sterbegeld, Medikamente und Unterstützungen für Mütter hatten. Die damaligen Krankenkassen konnten in ihrer Satzung frei entscheiden welche Mehrleistungen angeboten wurden. So war es

⁶ Vgl. Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland (Anlage 1), 14.02.2017.

auch möglich den Versicherungsschutz auf andere Familienmitglieder auszuweiten. Schon zu dieser Zeit war die Beitragshöhe abhängig vom Bruttoeinkommen gesetzlich geregelt.

Am 19. Juni 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) verabschiedet, welche 1914 in Kraft trat. Diese hatte bis 1992 Bestand und war die wichtigste Grundlage der Sozialversicherung in der Form, wie sie heute in Deutschland besteht. Die RVO war ein Regelwerk, welches neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Unfallversicherung, die Invaliditäts- und die Altersversicherung beinhaltete. Durch die RVO weitete sich die Versicherungspflicht auch auf andere Arbeitergruppen aus, wie beispielsweise auf Wanderarbeiter oder Arbeiter aus der Land- und Forstwirtschaft. Ab dem Jahr 1975 wurde die RVO nach und nach durch das Sozialgesetzbuch ersetzt. In den kommenden Jahren dehnte sich die Versicherungspflicht auch auf weitere Kreise aus und die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verbesserten sich. So waren von jetzt an auch Studenten, Behinderte, selbständige Publizisten und auch Künstler durch dieses Gesetz pflichtversichert.

Im Jahr 1989 wurden die Leistungen der Krankenversicherung durch ein Gesundheitsreformgesetz im SGB V festgeschrieben und auch um Teile wie Gesundheitsförderung und Früherkennungsmaßnahmen erweitert. In den darauffolgenden Jahren wurden Neustrukturierungen, Änderungen, Reformen und weitere Gesetze eingeführt, durch die ein System entstanden ist, wie wir es heute vorfinden.

2.2 Grundprinzipien

Die gesetzliche Krankenversicherung ist von einigen Grundprinzipien geprägt, welche die Säulen dieses Systems bilden.

Diese entsprechen dem Solidarprinzip, dem Sachleistungsprinzip und dem Selbstverwaltungsprinzip. Aus diesen Prinzipien werden wesentliche Merkmale des Krankenversicherungssystems in Deutschland ersichtlich.

2.2.1 Das Solidarprinzip

Einer für alle, alle für einen – dies ist eine wesentliche Besonderheit, welche die gesetzliche Krankenversicherung als Solidargemeinschaft auszeichnet. Dieser Grundsatz wird auch schon im ersten Paragraphen des SGB V aufgegriffen.

Das Solidarprinzip bildet das bedeutendste Prinzip der GKV, welches in seiner Funktion für die Gemeinschaft ein hohes gesellschaftliches Gut darstellt und unentbehrlich ist.

Es basiert auf der Funktionsweise, dass jeder Versicherte Leistungen entsprechend seiner Bedürftigkeit erhält, die zu entrichtenden Beiträge aber nach der finanziellen Leistungsfähigkeit bemessen werden. So haben alle Versicherten im jeweiligen Krankheitsfall den gleichen Zugang zu einer entsprechenden medizinischen Leistung, unabhängig von der Höhe des zu entrichteten Beitrages. Dieser ist nicht von der erbrachten medizinischen Leistung abhängig, sondern wird am Einkommen des Versicherten bemessen.

Aus dem Solidarcharakter der GKV ergeben sich verschiedene Ausgleichs zwischen unterschiedlichen Gesellschaftsgruppen.⁷



Abbildung 1: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, <http://www.bpb.de/cache/images/0/72360-3x2-galerie.jpg?CC5FA>.

Wie in der Grafik dargestellt, findet ein Risikoausgleich zwischen kranken und gesunden Versicherten statt. Zwischen Alten und Jungen vollzieht

⁷ Vgl. Solidarprinzip (Anlage 2), 13.02.2017.

sich ein Generationenausgleich. Auch zwischen Alleinstehenden bzw. Kinderlosen und Familien mit Kindern erfolgt ein sogenannter Familienlastenausgleich. Des Weiteren findet ein sozialer Ausgleich zwischen sozial schwachen Versicherten und Versicherten mit hohem Einkommen statt.⁸ Die Umverteilung von Einkommen bzw. der soziale Lastenausgleich wird in der Familienversicherung nochmals deutlich sichtbar. In dieser Form der Mitgliedschaft sind nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder beitragsfrei und beim versicherten Ehepartner mitversichert. Hier kommt ein Lastenausgleich zwischen Familien und Alleinstehenden bzw. Kinderlosen zum Tragen, welche mit ihren Beiträgen die Familienversicherten in der GKV mitfinanzieren.

Der Umverteilungseffekt wird ebenfalls deutlich in der Betrachtung der Gesellschaft als Ganzes. So gibt es im System der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte die kaum Leistungen beziehen und durch ihre Beiträge somit mehr einzahlen als sie selbst verbrauchen. Diese Gruppe nennt man Nettozahler. Sie besteht meist aus gesunden und jungen Versicherten, welche einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Dieser Gruppe stehen die Nettoempfänger entgegen. Die bezogenen Leistungen dieser Versicherten sind höher als die entrichteten Beiträge. Hier handelt es sich meist um Geringverdiener, Versicherte mit vielen Mitversicherten, Rentner oder chronisch Kranken.

In den meisten Fällen haben junge Menschen ein geringes Krankheitsrisiko, welches mit zunehmendem Alter ansteigt. Mit diesem Anstieg nehmen auch die Kosten für medizinische Leistungen zu. Aus diesem Grund sind Versicherte auch bereit in jungem Alter Beiträge zu entrichten, auch wenn geringe medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Mit ansteigendem Alter wird jeder Versicherte vom Nettozahler zum Nettoempfänger und ist damit auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen.

⁸ Vgl. Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 3), 15.02.2017.

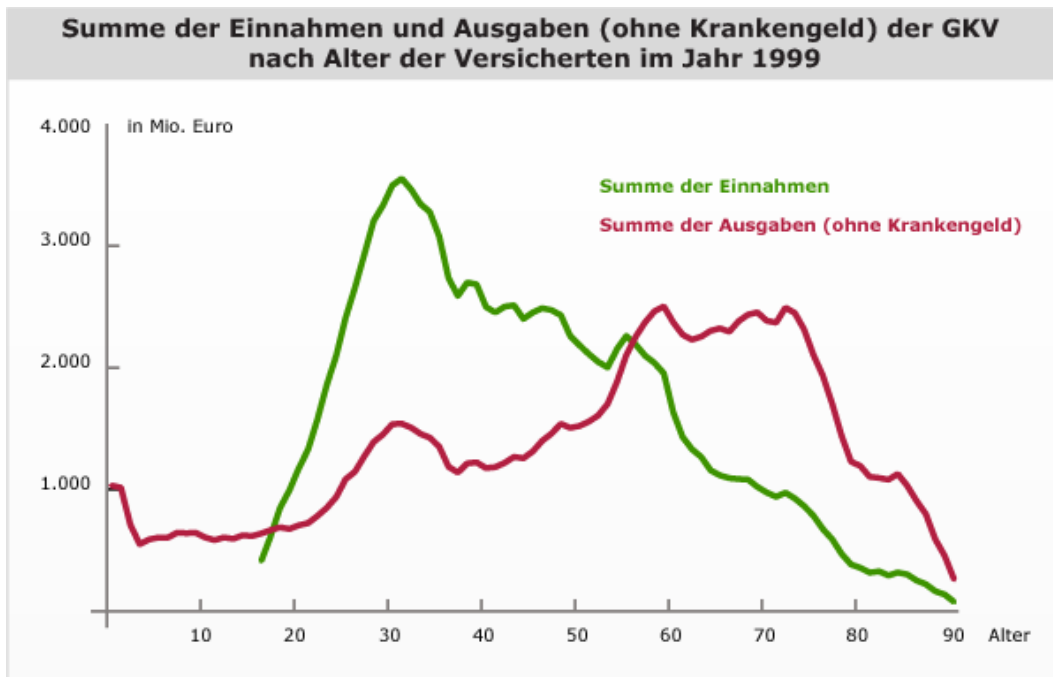


Abbildung 2: Summe der Einnahmen und Ausgaben (ohne Krankengeld) der GKV nach Alter der Versicherten im Jahr 1999,
<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>.

Die Abbildung stellt die Einnahmen und Ausgaben (ohne Krankengeld) der GKV im Jahre 1999 dar. Hier wird die Altersgruppe der Versicherten im Bezug auf die Ausgaben in Millionen Euro dargestellt. Aus der Grafik wird deutlich, dass es im Kindesalter bis circa 15 Jahren ausschließlich Nettoempfänger gibt, da kein Versicherter in diesem Lebensabschnitt im Erwerbsleben steht und somit auch keine eigenen Beiträge entrichtet. In der Regel sind die betroffenen Personen in dieser Phase familienversichert und werden durch die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung aufgefangen. Die Ausgaben sind im Kinder- und Jugendalter im Vergleich zum ersten Lebensjahr sehr gering. In der Altersgruppe zwischen 18 und 55 Jahren stehen die meisten Versicherten im Erwerbsleben und entrichten Beiträge. Diese Einnahmen übersteigen deutlich die Ausgaben für Leistungen. Sie stellen die Nettozahler dar, welche die Kosten für medizinische Leistungen der Nettoempfänger mittragen.

Ab einem durchschnittlichen Alter von 56 Jahren ist ein erneuter Wandel festzustellen. Mit zunehmendem Krankheitsrisiko und Eintritt in den Ruhestand liegen die Beitragseinnahmen weit unter denen, die sich nach

den Gehältern und Löhnen bemessen haben. Aufgrund des schlechter werdenden Gesundheitszustands mit zunehmendem Alter steigen die Kosten für Leistungen an und die Ausgaben der GKV übersteigen die Einnahmen.

Durch das Solidarprinzip in der GKV werden schwache Personengruppen durch stärkere Mitglieder der Solidargemeinschaft aufgefangen mit dem Hintergrund, dass die Starken mit gewissem Alter zu Schwachen werden. Infolge dieser Sicherheit hat das Solidarprinzip in der GKV Bestand und bildet eines der wichtigsten Merkmale in diesem System.⁹

2.2.2 Das Sachleistungsprinzip

Den Grundsatz des Sachleistungsprinzips bildet eine medizinische Leistungserbringung an den Versicherten im Krankheitsfall, ohne dass dieser in finanzielle Vorleistung treten muss.¹⁰ So hat jeder Versicherte Anspruch auf eine kostenlose Krankenbehandlung, welche einer Sach- oder Dienstleistung entspricht, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlungen.¹¹

Hierbei erfolgt die Abrechnung nicht über den Versicherten, sondern direkt zwischen dem Träger und dem Leistungserbringer. Dabei sind die Krankenkassen an eine wirtschaftliche, zweckmäßige und ausreichende Leistung gebunden und müssen diese auch garantieren. Die genannte Versorgung muss dem medizinischen Fortschritt entsprechen.

Ein Privileg des Sachleistungsprinzips ist die unbeeinflusste Beziehung zwischen Arzt und Patient, da die Behandlung nicht durch direkte Bezahlung von Bargeld erfolgt.¹² Durch dieses Privileg werden die Versichertendaten durch die Vorlage einer elektronischen Gesundheitskarte beim Arztbesuch erfasst.

Zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen bestehen Verträge, welche die Details der Versorgung und die Vergütung regeln.

⁹ Vgl. Solidarprinzip (Anlage 2), 13.02.2017.

¹⁰ Vgl. Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung - GKV-Spitzenverband (Anlage 4), 13.02.2017.

¹¹ Vgl. Sachleistungsprinzip (Anlage 5), 03.03.2017.

¹² Sachleistungsprinzip (Anlage 6), 03.03.2017.

Typische Leistungserbringer stellen beispielsweise Krankenhäuser, Ärzte oder Apotheken dar.

Das Sachleistungsprinzip ist sehr bedeutend für die GKV, da durch dieses Prinzip auch finanziell schwache Versicherte die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten. Das System der bargeldlosen Inanspruchnahme stellt jedoch sowohl einen Vorteil als auch einen Nachteil dar. Sehr vorteilhaft ist die Möglichkeit zur Nutzung der medizinischen Leistung unabhängig von der finanziellen Situation. Doch gerade daraus resultiert eine fehlende Transparenz der Kosten für die Behandlungen oder Sachleistungen, wie beispielsweise für Medikamente. Durch diese fehlende Einsicht der Behandlungskosten entsteht eine Tendenz zur Verschwendung von Leistungen, welche einen großen Nachteil des Sachleistungsprinzips darstellt. Durch die Gesundheitsreform 2004 besteht jedoch die Möglichkeit für gesetzlich Versicherte sich vom Leistungserbringer eine Patientenquittung ausstellen zu lassen, welche die Kosten für die erhaltenen Leistungen aufführt. Dies ermöglicht den Einblick auf die verbrauchten und abgerechneten Leistungen.¹³

2.2.3 Das Selbstverwaltungsprinzip

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. §29 des vierten Sozialgesetzbuches regelt die Rechtsstellung der Sozialversicherungsträger in Deutschland. Schon in Absatz eins wird deutlich, dass die Träger der Sozialversicherung rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und die Selbstverwaltung inne haben.

Diese Zugehörigkeit der Körperschaft zum öffentlichen Recht weist darauf hin, dass die Sozialversicherung in Deutschland Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge zu erfüllen hat. Aus der Selbstverwaltung im Rechtssinne resultiert eine rechtliche Selbständigkeit.

¹³ Vgl. Sachleistungsprinzip (Anlage 5), 03.03.2017.

Absatz zwei thematisiert die Mitwirkung der Betroffenen. Es liegt in der GKV eine ehrenamtliche Selbstverwaltung vor. Dabei ist §40 Absatz 1 Satz 1 des vierten Sozialgesetzbuches zu beachten. Demnach üben Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.¹⁴

§29 Absatz 2 SGB IV verweist auf §44 des vierten Sozialgesetzbuches, welcher die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane und Abweichungen nochmals detaillierter thematisiert. So bestehen die Selbstverwaltungsorgane generell je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber, soweit §44 SGB IV nichts Abweichendes bestimmt.

Mit dem dritten Absatz werden der Sozialversicherung selbständige Entscheidungsbefugnisse in eigener Verantwortung eingeräumt, welche von der allgemeinen Staatsverwaltung ausgegliedert sind. Hierbei liegt eine materielle Selbstverwaltung vor.¹⁵

Die Aufgaben und die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden grundsätzlich durch den Staat festgelegt. Hingegen liegen die Aufgaben der Ausführung und damit die Gesundheitsversorgung bei den Versicherten bzw. Beitragszahlern und den Leistungserbringern, welche diese organisieren und garantieren. Diese treten in Verbänden auf.¹⁶

Die folgenden Paragraphen regeln weitere Besonderheiten der Selbstverwaltung.

In der gesetzlichen Krankenversicherung stellt der Verwaltungsrat das Selbstverwaltungsorgan dar, welcher durch die Sozialwahlen alle sechs Jahre erneut von den Versicherten und Arbeitgebern gewählt wird. Dem Verwaltungsrat kommt primär die Aufgabe der Vorstandskontrolle und der Festlegung des Satzungsrechtes zu. Die anfallenden

¹⁴ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, SGB IV Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, S.705 f..

¹⁵ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, SGB IV Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, S.706.

¹⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Krankenversicherung, S.11, Stand Oktober 2016.

Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse werden hingegen vom Vorstand übernommen, welcher hauptamtlich tätig ist.¹⁷

Die Organe der Selbstverwaltung sind in §33 SGB IV aufgeführt.

2.3 Leistungen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterteilen sich in Pflichtleistungen und Mehrleistungen. Der Anteil der Pflichtleistungen beläuft sich derzeit auf 90% bis 95%. Diese Art von Leistungen basieren auf gesetzlichen Regelungen des SGB I und SGB V und sind demnach bei allen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung gleich. Hingegen gibt es bei den Mehrleistungen zwischen den Krankenversicherungsträgern erhebliche Unterschiede, da diese dem Ermessungsspielraum des jeweiligen Trägers unterliegen.¹⁸

2.3.1 Pflichtleistungen

Die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich bei jedem Träger identisch und unterliegen dem Sachleistungsprinzip. Sie basieren auf den gesetzlichen Regelungen des §21 SGB I und des dritten Kapitels des fünften Sozialgesetzbuches, sodass die Pflichtleistungen keinen Handlungsspielraum zulassen. Die gesetzlich festgelegten Leistungen unterliegen grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot, welches sich aus §12 SGB V ergibt. Demnach darf das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden und die Leistung muss wirtschaftlich, zweckmäßig und ausreichend sein. Leistungen, die nicht diesem Prinzip entsprechen, dürfen gemäß des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit auch nicht gewährt werden.

Grundsätzlich sind die Pflichtleistungen zu unterscheiden in Geldleistungen, Sachleistungen und Dienstleistungen.¹⁹

¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Krankenversicherung, S.12, Stand Oktober 2016.

¹⁸ Vgl. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Anlage 7), 09.03.2017.

¹⁹ Vgl. Gesetzliche Leistungen der Krankenkassen – Leistungskatalog (Anlage 8), 09.03.2017.

Eine Aufzählung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung findet man in §21 SGB I, aus welcher sich jedoch keine Rechte ergeben.

Die Unterteilung der Norm ist folgender Grafik zu entnehmen:

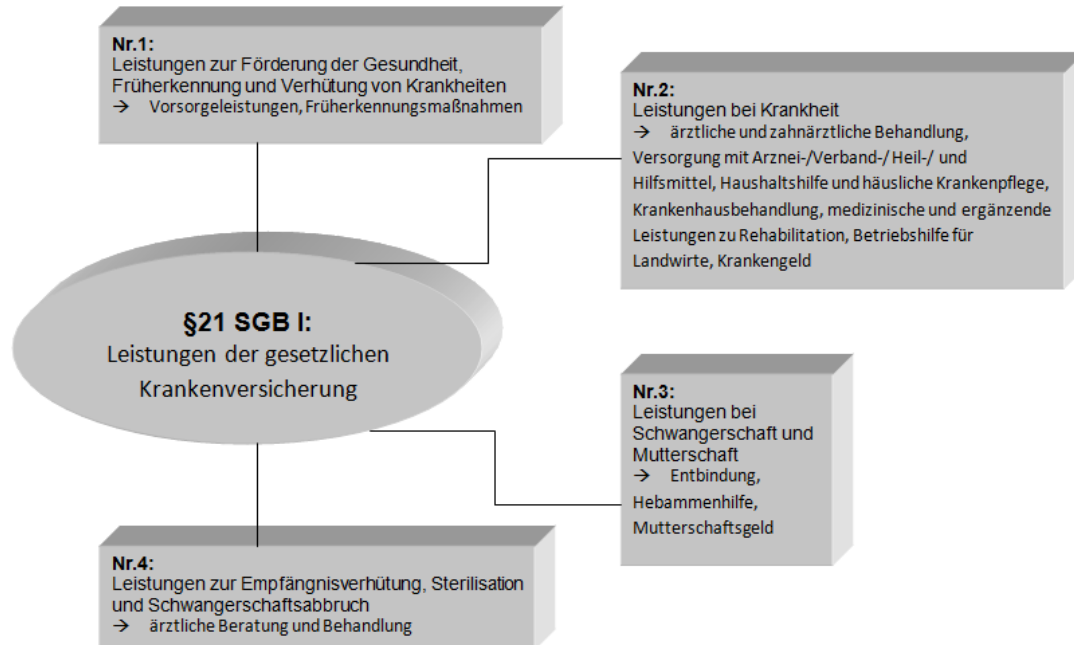


Abbildung 3: §21 SGB I Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, eigene Darstellung basierend auf der gesetzlichen Grundlage §21 SGB I.

Die Leistungen des §21 SGB I stehen in engem Zusammenhang zu §2 in Verbindung mit §11 des fünften Sozialgesetzbuches. Demnach muss bei der Gewährung von Leistungen der medizinische Fortschritt berücksichtigt werden und die Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. So sind die Leistungsarten dem §11 SGB V zu entnehmen, welcher auf die entsprechende Norm der jeweiligen Leistung verweist. In der folgenden Abbildung sind die Arten der Leistungen, welche sich aus §21 SGB V ergeben, nochmals übersichtlich dargestellt.

§11 SGB V: Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung

Krankheitsverhütung

→ §§ 20 bis 23 SGB V

Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

→ §§ 24 bis 24b SGB V

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

→ §§ 24c bis 24i SGB V

Früherkennung von Krankheiten

→ §§ 25 bis 26 SGB V

Behandlung einer Krankheit

→ §§ 27 bis 52 SGB V

Leistung nach persönlichem Budget/ medizinische
Rehabilitationsmaßnahme

→ § 17 Abs.2 bis Abs.4 SGB IX

→ § 40 SGB V

Abbildung 4: §11 SGB V Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung, eigene Darstellung mithilfe folgender Quellen: Marburger, SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, S. 21, 2014 und Marburger, Die gesetzliche Krankenversicherung, S. 102, 2016.

Im Folgenden werden die einzelnen Leistungsarten im Einzelnen betrachtet.

2.3.1.1 Krankheitsverhütung §§ 20 bis 23 SGB V

Hierbei handelt es sich um Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. Gemäß §20 SGB V sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung dazu verpflichtet primäre Prävention und Gesundheitsförderung in ihren Satzungen zu berücksichtigen. Unter primärer Prävention versteht man Leistungen, welche Krankheitsrisiken verhindern oder vermindern, sodass dem Eintritt der Krankheit schon im Voraus entgegengewirkt wird. Durch Gesundheitsförderung soll das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln der Versicherten unterstützt werden. Diese Maßnahmen dienen der Verbesserung des

allgemeinen Gesundheitszustandes der Versicherten und eine sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen soll verringert werden. Die Handlungsfelder und Kriterien werden durch die Krankenkasse festgelegt. Typische Gesundheitsziele sind hier beispielsweise die Reduzierung des Tabakkonsums oder die frühe Erkennung von Diabetes mellitus und Senkung des Erkrankungsrisikos.

§20a SGB V enthält Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Gemeint sind soziale Systeme des Wohnens, der Freizeitgestaltung, des Lernens, etc., welche für die Gesundheit sehr bedeutend sind. So werden insbesondere der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen gefördert.

§20b und c SGB V umfasst Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Gemäß §20d SGB V soll eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie in Zusammenarbeit mit Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen entwickelt werden, um eine zielgerichtete und wirksame Prävention und Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Ziel ist es, einen bundeseinheitlichen und trägerübergreifenden Rahmen zu schaffen, sodass Handlungsfelder und Zielgruppen einheitlich festgelegt sind.

Die Entwicklung und Fortschreibung dieser Strategie erfolgt durch die nationale Präventionskonferenz nach den Vorschriften des §20e SGB V.

Um die nationale Präventionsstrategie umsetzen zu können, werden nach den Vorschriften des §20f SGB V Landesvereinbarungen zwischen den Trägern geschlossen. Das Modellvorhaben wird schließlich gemäß §20g SGB V durch die Leistungsträger durchgeführt.

Desweiteren unterstützen nach §20h SGB V die Krankenkassen Selbsthilfeorganisationen und –kontaktstellen, aber auch Selbsthilfegruppen, welche gegen bestimmte Krankheiten vorgehen mithilfe von Rehabilitation und Prävention.

Auch eine Leistung der Krankheitsverhütung ist gemäß §20i SGB V der Schutz gegen eine Infektionskrankheit mithilfe einer Schutzimpfung.

§21 bis §22a des fünften Sozialgesetzbuches umfasst die Verhütung von Zahnerkrankungen, welche beispielsweise durch Vorsorgeuntersuchungen gewährleistet werden soll.

Durch §23 SGB V werden medizinische Vorsorgeleistungen in Form von ärztlicher Behandlung oder aber Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln geregelt, soweit diese notwendig sind, um beispielsweise der Schwächung der Gesundheit oder der Verschlimmerung einer Krankheit entgegenzuwirken.

2.3.1.2 Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch §§ 24 bis 24b SGB V

Die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter ist in §24 SGB V geregelt, welche in Form von Mutter-Kind-Maßnahmen oder Vater-Kind-Maßnahmen durchgeführt werden.

Die Empfängnisverhütung findet ihre Rechtsgrundlage im §24a des fünften Sozialgesetzbuches, welche den Anspruch von Versicherten auf ärztliche Beratung und erforderliche Untersuchungen bezüglich der Empfängnisverhütung regelt. Hierzu gehört auch die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Grundsätzlich haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf empfängnisregelnde Mittel.

Wenn aufgrund einer Krankheit eine Sterilisation erforderlich ist, haben Versicherte Anspruch auf diese nach §24b SGB V. Aus dieser Norm ergibt sich auch der Anspruch auf einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, soweit dieser durch eine geeignete Einrichtung erfolgt.

2.3.1.3 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft §§ 24c bis 24i SGB V

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft finden ihre Regelungen in den §§24c bis 24i des fünften Sozialgesetzbuches. Dabei

gibt §24c SGB V eine Übersicht der Leistungen, welche in den folgenden §§24d bis 24i SGB V im Detail geregelt sind.

So besteht gemäß §24d SGB V Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Hierzu gehören auch Leistungen der Schwangerenvorsorge und die Feststellung der Schwangerschaft.

Aus §24e SGB V ergibt sich der Anspruch auf die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, welche aufgrund der Schwangerschaft oder der Entbindung erforderlich sind.

Außerdem haben Versicherte Anspruch auf eine ambulante oder stationäre Entbindung, welcher sich aus §24f SGB V ergibt.

Wenn aufgrund der Schwangerschaft oder der Entbindung eine häusliche Pflege erforderlich ist, ergibt sich diese Leistung aus §24g SGB V.

Gemäß §24h SGB V besteht die Möglichkeit der Haushaltshilfe, soweit die Führung des Haushalts aufgrund der Umstände der Schwangerschaft oder Entbindung nicht mehr möglich ist.

Das Mutterschaftsgeld ist eine Leistung, welche sich aus §24i SGB V ergibt und ebenfalls aufgrund von Schwangerschaft und Mutterschaft gezahlt wird. Weibliche Mitglieder der GKV haben grundsätzlich Anspruch auf Mutterschaftsgeld, wenn sie wegen bestehender Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder aufgrund der sich aus §3 Absatz 2 und §6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes ergebenden Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird.

2.3.1.4 Früherkennung von Krankheiten §§ 25 bis 26 SGB V

Zur Früherkennung von Krankheiten gehören gemäß §25 die Gesundheitsuntersuchungen. So hat jeder Versicherte, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, einen Anspruch auf alters-, geschlechter-, und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, um Krankheiten frühzeitig erkennen zu können. Desweiteren besteht Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs, wenn Versicherte das 18. Lebensjahr vollendet haben. Hierfür existieren gemäß §25a SGB V

organisierte Früherkennungsprogramme. Demnach werden mithilfe von Krebsfrüherkennungsprogrammen Untersuchungen durchgeführt, sodass eine möglichst frühe Entdeckung der Krebserkrankung möglich ist.

Gemäß §26 SGB V zählen zu der Früherkennung von Krankheiten auch die Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

2.3.1.5 Behandlung einer Krankheit §§ 27 bis 52 SGB V

Versicherte haben nach der Norm des §27 SGB V grundsätzlich Anspruch auf eine Krankenbehandlung, wenn diese unabdingbar ist. Dies liegt vor um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen oder um die Verschlimmerung der vorliegenden Krankheit zu verhüten oder aufkommende Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Der Krankheitsbegriff findet im Gesetz keine Regelung, da dieser sich mit dem gesellschaftlichen Wandel und fortlaufendem medizinischen Fortschritt im Laufe der Zeit stetig ändert. Das Bundessozialgericht hat in der Rechtsprechung eine einheitliche Definition der Krankheit geschaffen, die auch im Geltungsbereich des SGB V Anwendung findet. So versteht man unter dem Begriff der Krankheit nach der Definition des Bundessozialgerichts den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, welcher Behandlungsbedürftigkeit oder eben zusätzlich oder alleinig Arbeitsunfähigkeit mit sich bringt.²⁰

Zur Behandlung einer Krankheit legt §27 SGB V folgende Krankenbehandlungen fest:

²⁰ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 262.

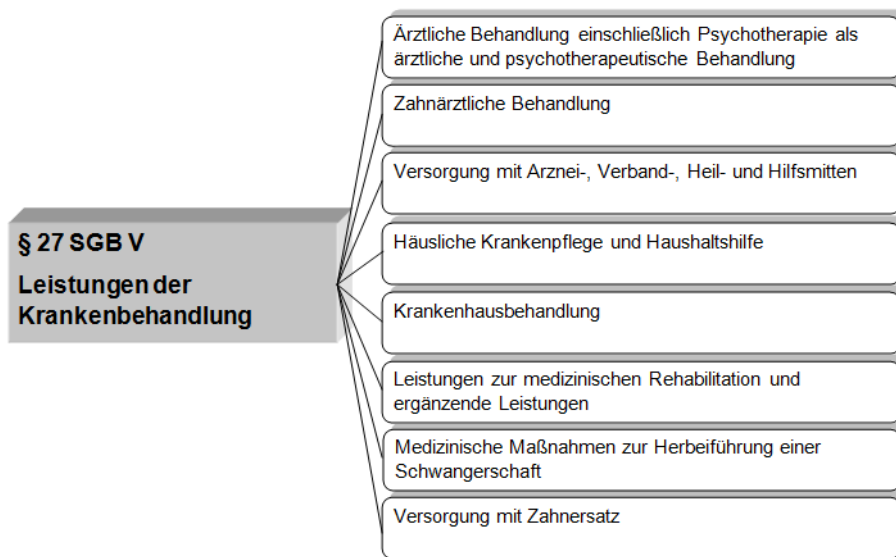


Abbildung 5: §27 SGB V Leistungen der Krankenbehandlung, eigene Darstellung basierend auf der gesetzlichen Grundlage §27 SGB V.

Die detaillierten Regelungen über die Leistungen, welche sich aus §27 SGB V ergeben, sind den Anspruchsgrundlagen der §§27a bis 52 SGB V zu entnehmen.

Eine weitere Leistung, welche in den §§44 bis 52 des fünften Sozialgesetzbuches zu finden ist, bildet das Krankengeld. So ergibt sich aus §44 SGB V grundsätzlich ein Anspruch auf Krankengeld, wenn der Versicherte aufgrund einer Krankheit arbeitsunfähig wird oder wegen dieser stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auf Kosten der Krankenkasse behandelt werden muss. Die Höhe des Krankengeldes beläuft sich gemäß §47 SGB V auf 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts, darf jedoch 90% des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen, welches sich aus den Berechnungen dieser Anspruchsgrundlage ergibt. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist ebenfalls zu berücksichtigen. Die Dauer des Krankengeldes unterliegt nach §48 SGB V grundsätzlich keiner Begrenzung. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Krankheit wird dieses jedoch höchstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren geleistet. Weitere Einschränkungen sind den genannten Paragraphen zu entnehmen.

2.3.2 Mehrleistungen

Mehrleistungen, oder auch Zusatzleistungen genannt, können von den Trägern im Rahmen ihres Ermessensspielraums in die jeweilige Satzung aufgenommen werden. Die in der Satzung stehenden Mehrleistungen bilden einen Rechtsanspruch für die Versicherte des jeweiligen Trägers.²¹ Die individuellen Zusatzleistungen haben eine bedeutende Funktion für den Wettbewerb zwischen den einzelnen Trägern der GKV. Bei Änderung oder Erweiterung der Satzung bedarf es einer Genehmigung des Bundesversicherungsamts.²² Mehrleistungen können beispielsweise in Form von ambulanten Vorsorgekuren, Kostenübernahme für alternative Heilmethoden, Impfungen für private Auslandsreisen oder aber eines Zuschusses für die professionelle Zahnreinigung gewährt werden.²³

2.4 Träger

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sind die Krankenkassen, welche rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und die Selbstverwaltung ausüben.

Im Januar 2017 lag die Anzahl der Träger in der gesetzlichen Krankenversicherung bei 113 Krankenkassen.²⁴

Gemäß §4 SGB V lässt sich die Krankenversicherung in folgende Kassenarten untergliedern:

²¹ Vgl. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Anlage 7), 10.03.2017.

²² Vgl. Satzungsleistungen - Mehrleistungen der Krankenkassen (Anlage 9), 10.03.2017.

²³ Vgl. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Anlage 7), 10.03.2017.

²⁴ Vgl. Daten zum Gesundheitswesen_ Versicherte (Anlage 10), 12.03.2017.

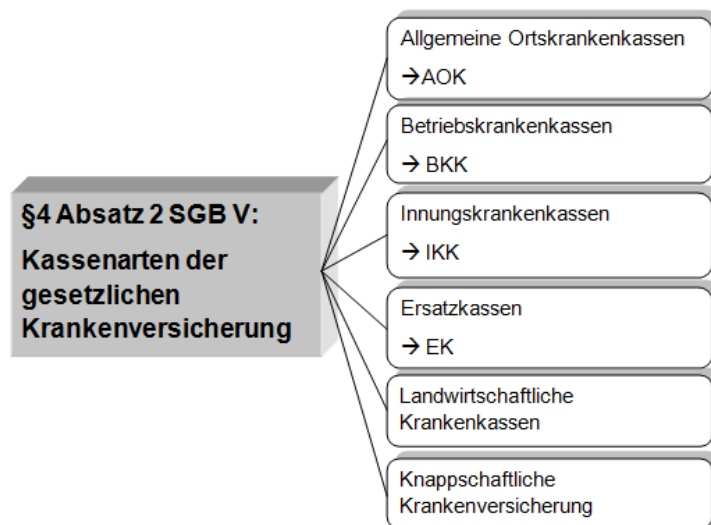


Abbildung 6: §4 Absatz 2 SGB V: Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung, eigene Darstellung basierend auf der gesetzlichen Grundlage des §4 SGB V und Marburger, Gesetzliche Krankenversicherung SGB V, S. 33, 2007.

2.4.1 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)

Die allgemeinen Ortskrankenkassen bilden die Basis des Krankenversicherungssystems.²⁵ Im Jahr 2015 waren rund 24,5 Millionen Menschen bei der AOK versichert, was fast einem Drittel der Bevölkerung entspricht.²⁶ Ursprünglich kam den allgemeinen Ortskrankenkassen eine Auffangzuständigkeit für Personen zu, die keine andere Möglichkeit der Versicherung hatten. Aktuell bestehen in Deutschland elf selbständige Ortskrankenkassen, welche als AOK-Die Gesundheitskasse bekannt sind.²⁷

2.4.2 Betriebskrankenkasse (BKK)

Die Betriebskrankenkassen waren ursprünglich für Betriebsangehörige eines Unternehmens gedacht, welche von Arbeitgebern errichtet wurden.²⁸ Heutzutage können auch Versicherte, die nicht im jeweiligen Unternehmen tätig sind, der Krankenkassenart beitreten. Die Anzahl an Betriebskrankenkassen ist mit den Jahren erheblich zurückgegangen,

²⁵ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 64.

²⁶ Vgl. AOK in Zahlen (Anlage 11), 11.03.2017.

²⁷ Vgl. Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz (Anlage 12), 11.03.2017.

²⁸ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 65.

sodass momentan nach einigen Fusionen noch 68 BKKs im Bundesgebiet existieren. Diese betreuen insgesamt rund 10 Millionen Versicherte.²⁹

2.4.3 Innungskrankenkassen (IKK)

Die Innungskrankenkassen können von einer oder mehreren Handwerksinnungen für die Betriebe ihrer Mitglieder, welche in der Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet werden.³⁰ Heutzutage können auch Versicherte, die nicht der Innung angehörig sind, der IKK beitreten.³¹ Momentan sind aufgrund einiger Fusionen noch sechs Innungskassen in Deutschland vertreten, welche für rund 5,5 Millionen Versicherte zuständig sind.³²

2.4.4 Ersatzkassen (EK)

Ursprünglich stellten die Ersatzkassen eine weitere Option für Angestellte und gewisse Arbeiterberufe dar, sich zu versichern.³³ Heutzutage sind die EKs auch für andere Personengruppen frei zugänglich. Aktuell gibt es in Deutschland noch sechs Ersatzkassen, bei denen rund 27 Millionen Menschen versichert sind.³⁴

2.4.5 Landwirtschaftliche Krankenkassen

In den landwirtschaftlichen Krankenkassen sind Zugehörige der Land- und Forstwirtschaft und des Gartenbaus pflichtversichert.³⁵ Im zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte ist das Organisationsrecht für die Landwirtschaftlichen Kassen zu finden.³⁶

²⁹ Vgl. Liste der BKK (Betriebskrankenkassen) (Anlage 13), 11.03.2017.

³⁰ Vgl. Innungskrankenkassen (Anlage 14), 11.03.2017.

³¹ Vgl. IKK Krankenkasse_ Innungskassen im Überblick (Anlage 15), 11.03.2017.

³² Vgl. Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz (Anlage 12), 11.03.2017.

³³ Vgl. Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz (Anlage 12), 11.03.2017.

³⁴ Vgl. Ersatzkassen (Anlage 16), Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz (Anlage 12), 11.03.2017.

³⁵ Vgl. Landwirtschaftliche Krankenkasse (Anlage 17), 11.03.2017.

³⁶ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 65.

2.4.6 Knappschaftliche Krankenversicherung

Die knappschaftliche Krankenversicherung ist für Angehörige des Bergbaus und noch nicht allzu lange aufgrund einer Fusion für Angehörige der See und Angehörige der Bahn zuständig. Der daraus entstandene Träger Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist auch für andere Personengruppen frei zugänglich.³⁷

2.4.7 Verbände der Krankenkassen

Jede der sechs verschiedenen Kassenarten besitzt einen eigenen Verband, welcher die Interessen der Krankenkasse und der Versicherten vertritt. Am 01. April 2007 wurde der GKV-Spitzenverband gegründet, welcher die gemeinsamen Interessen der Landesverbände und Krankenkassen vertreten soll und bei der Ausführung ihrer Aufgaben eine unterstützende Funktion hat.

2.5 Versicherte in der GKV

In Deutschland besteht grundsätzlich Versicherungspflicht im Hinblick auf die Krankenversicherung. So muss sich jeder Bürger in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder aber in einer privaten Krankenversicherung absichern. Hierbei gibt es Personengruppen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder aufgrund einer beruflichen Zugehörigkeit versicherungsfrei sind. Zu den versicherungsfreien Gruppen gehören beispielsweise Beamte, Pensionäre oder Selbständige, welche die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung haben oder aber auf eine private Krankenversicherung zurückgreifen können. Diese sind in den §§6 bis 8 des fünften Sozialgesetzbuches zu finden. Versicherte, deren Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, sind ebenfalls dazu verpflichtet sich freiwillig in der GKV oder privat abzusichern. Circa 85% der deutschen Bundesbürger sind in einer gesetzlichen

³⁷ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Anlage 18), 11.03.2017.

Krankenkasse versichert. Es bestehen grundsätzlich drei Arten der Versicherung.³⁸

2.5.1 Pflichtversicherung

Die Versicherungspflicht in der GKV ist in §5 SGB V geregelt. Dieser Norm sind alle Personengruppen zu entnehmen, welche der grundsätzlichen Versicherungspflicht aufgrund ihrer Zugehörigkeit unterliegen. Demnach sind die Hauptpersonengruppen der Pflichtversicherung Arbeiter, Angestellte und in der Ausbildung befindende Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Das jährliche Arbeitsentgelt darf die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreiten. Diese lag gemäß 4/11 III Nr. 1 des Sozialgesetzbuches im Jahr 2016 bei 56.250,00€.

Unter Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen sind auch Rentner, Arbeitslosengeldbezieher und Bezieher von Arbeitslosengeld II pflichtversichert.³⁹

2.5.2 Freiwillige Versicherung

Generell können gemäß §9 SGB V Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, unter Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen die freiwillige Versicherung in Anspruch nehmen. §9 SGB V nennt noch weitere Personengruppen der freiwilligen Versicherung.

Für normal Beschäftigte kommt diese Art der Versicherung in der GKV in Betracht, wenn das jährliche Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Eine Alternative ist die Absicherung in einer privaten Krankenversicherung.⁴⁰

³⁸ Vgl. Arbeitnehmer - Infos zur Krankenversicherung (Anlage 19), 12.03.2017.

³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Krankenversicherung, S.14 f., Stand Oktober 2016.

⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Krankenversicherung, S.16 f., Stand Oktober 2016.

2.5.3 Familienversicherung

Die dritte Art der Versicherung in der GKV bildet die beitragsfreie Familienversicherung, welche durch den § 10 des fünften Sozialgesetzbuches geregelt wird. So besteht für Ehepartner oder Lebenspartner und Kindern von Mitgliedern die Möglichkeit zur Familienversicherung, wenn sich der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland befindet und das Gesamteinkommen nicht regelmäßig eine festgelegte Einkommensgrenze überschreitet. Desweiteren dürfen die Angehörigen nicht anderweitig versicherungsfrei, versicherungspflichtig oder von der Versicherungspflicht befreit sein oder einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit nachgehen. Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr familienversichert. Bei Vorliegen anderer Tatbestände, wie beispielsweise einer Berufsausbildung oder einer Nichterwerbstätigkeit, gelten andere Altersgrenzen, welche dem §10 SGB V zu entnehmen sind. Ein weiterer Ausschlussgrund ergibt sich aus §10 Absatz 3 SGB V.

2.6 Finanzierung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung setzt sich aus mehreren Teilen zusammen. Rechtliche Grundlage ist das achte Kapitel des fünften Sozialgesetzbuches, die Finanzierung. Aus §220 SGB V ist zu entnehmen, dass sich die Mittel, über welche die GKV verfügt, aus Beiträgen, den dazugehörenden Zusatzbeiträgen und sonstigen Mitteln zusammensetzt.

Sonstige Mittel sind beispielsweise Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich oder Bundeszuschüsse.⁴¹

Die verschiedenen Teile der Finanzierung werden im Folgenden erläutert.

2.6.1 Einkommensabhängige Beiträge

Gemäß §241 SGB V richtet sich die Höhe des Beitrages grundsätzlich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur

⁴¹ Vgl. Kruse/ Hänlein, Sozialgesetzbuch V, S. 1264.

Beitragsbemessungsgrenze, welche sich aus den §§226 bis 240 des fünften Sozialgesetzbuches ergeben.

Nach 4/11 III Nr.2 liegt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2017 jährlich bei 52.200€.

Der allgemeine Beitragssatz liegt derzeit bei 14,6% der beitragspflichtigen Einnahmen, welcher vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils zur Hälfte getragen wird, sprich 7,3%. Darüber hinaus wird von den Krankenkassen ein Zusatzbeitrag erhoben, welcher seine Regelungen in den §§242 und 242a SGB V findet. Dieser einkommensabhängige Zusatzbeitrag ist kassenindividuell und wird von den Verwaltungsräten der jeweiligen Krankenkasse festgelegt.⁴² Der Zusatzbeitrag wird erhoben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond den Finanzbedarf der jeweiligen Kasse nicht mehr decken.

Der Durchschnitt des tatsächlichen Zusatzbeitrages, welcher am Einkommen bemessen wird, lag im November 2016 bei 1,08%.⁴³

Für Personengruppen, wie beispielsweise Geringverdiener, Auszubildende oder Bezieher von Arbeitslosengeld II wird ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag zu Grunde gelegt, welcher vom Bundesgesundheitsministerium festgelegt wird. Dieser entspricht einer rein statistischen Größe und bildet nicht den tatsächlichen Durchschnitt der kassenindividuellen Zusatzbeiträge aller Krankenkassen, welcher 2017 bei 1,1% liegt.⁴⁴

Die Beitragssätze für weitere Personengruppen sind dem Kapitel acht, erster Abschnitt, dritter Titel zu entnehmen.

2.6.2 Bundeszuschuss

Für versicherungsfremde Leistungen wird an die gesetzliche Krankenversicherung ein jährlicher Bundeszuschuss gezahlt, welcher aus Steuermitteln finanziert wird. Versicherungsfremde Leistungen sind

⁴² Vgl. Zusatzbeitragssatz - GKV-Spitzenverband (Anlage 20), 13.02.2017.

⁴³ Vgl. Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 21), 13.02.2017.

⁴⁴ Vgl. Zusatzbeitragssatz - GKV-Spitzenverband (Anlage 20), 13.02.2017.

beispielsweise die beitragsfreie Familienversicherung oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft. 2016 betrug der Bundeszuschuss 14 Milliarden Euro und ab 2017 ist dieser auf 14,5 Milliarden Euro jährlich festgeschrieben.⁴⁵

2.6.3 Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds findet seine gesetzliche Regelungen in den §§241 ff., 266 ff. und §§271 ff.. Demnach fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen und Steuermittel in den Gesundheitsfonds. Somit ist dieser als Geldsammel- und verteilungstopf zu sehen, welcher vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird.⁴⁶ Die Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Grundpauschale. Zusätzlich werden noch Zu- bzw. Abschläge verrechnet aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen in den verschiedenen Krankenkassen. So werden im sogenannten Risikostrukturausgleich die Morbidität bzw. der Krankheitszustand der Versicherten berücksichtigt, um einen fairen Wettbewerb zwischen den verschiedenen Trägern zu gewährleisten. Auf die Zu- und Abschläge wirken sich Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder das Vorliegen einer bestimmten kostenintensiven chronischen oder einer schwerwiegenden Krankheit aus. Dadurch soll eine gezielte Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds gewährleistet werden, sodass die unterschiedlich hohen Leistungsausgaben aufgrund von verschiedenen Krankheitszuständen gedeckt werden können.⁴⁷

Die individuell erhobenen Zusatzbeiträge, welche ebenfalls in den Gesundheitsfonds fließen, werden bei der Zuweisung an Mitteln berücksichtigt.⁴⁸ Zusätzlich werden bei den Zuweisungen aus dem

⁴⁵ Vgl. Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 21), 13.02.2017.

⁴⁶ Vgl. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA) - GKV-Spitzenverband (Anlage 22), 13.02.2017.

⁴⁷ Vgl. Risikostrukturausgleich (RSA) (Anlage 23), 13.02.2017

⁴⁸ Vgl. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA) - GKV-Spitzenverband (Anlage 22), 13.02.2017

Gesundheitsfonds auch sonstige Ausgaben der Krankenkassen berücksichtigt, wie beispielsweise Verwaltungskosten.⁴⁹

3 Das Schweizer Krankenversicherungssystem

Die Schweiz verfügt über eine obligatorische Krankenversicherung, welche eine Pflichtversicherung für alle Schweizer Bürger darstellt. Aus diesem Grund darf die Krankenversicherung in der Schweiz keinen Bürger ablehnen.⁵⁰ Das obligatorische System besteht aus einer Grundversicherung und einer freiwilligen Zusatzversicherung, mit welcher der Versicherungsschutz erhöht werden kann. Hinzu kommt die Möglichkeit eine freiwillige Tagesgeldversicherung abzuschließen.⁵¹

Grundsätzlich findet die Krankenversicherung in der Schweiz ihre gesetzlichen Regelungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), welches im Jahr 1996 in Kraft getreten ist. Desweiteren findet die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) Anwendung. Auch die Vorschriften aus dem allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) finden im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung Anwendung. Gemäß Art. 117 BV werden Vorschriften, welche die Krankenversicherung betreffen, vom Bund erlassen. Dieser kann die Krankenversicherung für einzelne Bevölkerungsgruppen oder aber allgemein als obligatorisch erklären.

3.1 Ursprung der Schweizer Krankenversicherung

Den Ursprung findet die Schweizer Krankenversicherung im 19. Jahrhundert. Zur Zeit der Industrialisierung waren die Arbeiter einem hohen Krankheitsrisiko ausgeliefert und verfügten über keinerlei Absicherung. Bei Eintritt einer Krankheit fiel in der Regel die Zahlung des

⁴⁹ Vgl. Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (Anlage 21), 13.02.2017.

⁵⁰ Vgl. Krankenkasse für Schweizer_ Beste Offerte für 2017 sichern! (Anlage 24), 14.03.2017.

⁵¹ Vgl. Widmer, Die Sozialversicherung in der Schweiz, S. 178.

Lohns weg. Um dieser Notlage entgegenzuwirken, wurden von Berufsverbänden, Gewerkschaften, privaten Vereinigungen und einzelnen Unternehmern an vielen Orten sogenannte Hilfskassen gegründet. Schon in dieser Zeit war das Prinzip der wechselseitigen Solidarität zu erkennen. Mit der Zahlung einer Prämie waren die Arbeiter im Krankheitsfall gegen den Lohnausfall abgesichert und erhielten ein Taggeld. Wo zunächst nur die Absicherung des Lohnausfalls im Mittelpunkt stand, fand mit der Zeit auch eine Absicherung des Krankheitsrisikos statt. Die Mitgliederzahlen der Hilfskassen stiegen mit den Jahren an. Im Jahr 1890 wurde eine Verfassungsgrundlage für die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung erstellt, welche jedoch in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde. So beinhaltete das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 keine allgemeine obligatorische Regelung. Dieses Gesetz machte es den Kantonen jedoch möglich auf ihrem Gebiet obligatorische Krankenversicherungen einzuführen. Die Zahl der Mitglieder nahm stetig zu, sodass im Jahr 1980 nahezu die ganze Bevölkerung gegen das Risiko der Krankheit abgesichert war. Im Laufe der Jahre scheiterten Versuche, eine allgemeine obligatorische Krankenversicherung einzuführen, erneut. Erst im Jahre 1994 wurde ein allgemeines Obligatorium eingeführt. Auf diese Einführung folgte schließlich auch das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), welches einen größeren Deckungsbereich von Risiken beinhaltete. Mit steigender Nachfrage nach medizinischen Leistungen wurde das System ausgebaut und öffnete auch für weitere Personengruppen den Zugang zur Krankenversicherung. Es folgten einige Änderungen in der Krankenversicherung, sodass es zu einem System wurde, wie es heute vorzufinden ist.⁵²

3.2 Die Grundprinzipien

Das Schweizer Krankenversicherungssystem steht für ein System, in dem jeder Bürger grundsätzlich der Versicherungspflicht unterliegt und ist damit

⁵² Vgl. Geschichte der Sozialen Sicherheit-Krankheit (Anlage 25), 14.03.2017.

obligatorisch für die gesamte Bevölkerung. Es ist geprägt durch das Solidarprinzip und bildet einen wichtigen Teil des Schweizer Sozialversicherungssystems. Im Folgenden werden einige Prinzipien, welche das Schweizer Krankenversicherungssystem auszeichnen, aufgegriffen und erläutert.

3.2.1 Das Solidarprinzip

Das Schweizer Krankenversicherungssystem ist geprägt vom Solidarprinzip. Jeder Bürger entrichtet Beiträge und erhält dafür medizinische Leistungen. Die Leistungen werden durch die Solidargemeinschaft ermöglicht und basieren nicht allein auf den entrichteten Beiträgen des einzelnen Bürger für sich selbst.⁵³ So kommen Gesunde für Kranke und junge Bürger für ältere Bürger auf. Es findet ein Ausgleich zwischen den verschiedenen Gesellschaftsgruppen statt. Das Solidaritätsprinzip steht auch für die Rechtsgleichheit zwischen den Versicherten, da diese kraft Gesetz Anspruch auf dieselben Leistungen haben unabhängig von der Höhe der entrichteten Prämie.⁵⁴ Dieses Prinzip bildet die Basis des Systems. Ohne das Solidarprinzip würde das Schweizer Krankenversicherungssystem bezüglich der Grundversicherung nicht funktionieren, da es eine bedeutende Säule in seiner Funktion darstellt.

3.2.2 Das Obligatorium

Dem Artikel 1a und dem zweiten Titel des KVG ist zu entnehmen, dass es sich bei der Schweizer Krankenversicherung um ein Obligatorium handelt. Dies bringt mit sich, dass es grundsätzlich für alle Bürger der Schweiz unumgänglich ist, sich gegen das Risiko der Krankheit abzusichern. Hierbei besteht eine Frist von drei Monaten eine Grundversicherung abzuschließen. Es existiert somit ein Aufnahmeanspruch, welcher jedem Bürger den Beitritt in die Schweizer Krankenversicherung gewährt. Das Obligatorium garantiert damit auch leistungsschwachen Bürgern den

⁵³ Vgl. Riemer-Kafka, Schweizer Sozialversicherungsrecht, S. 104.

⁵⁴ Vgl. Riemer-Kafka, Schweizer Sozialversicherungsrecht, S. 99.

Zugang zu medizinischen Leistungen und soll verhindern, dass es Bevölkerungsschichten gibt, die nicht gegen das Risiko der Krankheit abgesichert sind. Es ermöglicht grundsätzliche Chancen- und Rechtsgleichheit. Auch für die Finanzierung der Krankenversicherung ist das Obligatorium förderlich, da jeder Versicherte mit seinen Beiträgen dafür sorgt, dass das Prinzip der Solidargemeinschaft funktioniert. Jeder Bürger hat im Krankheitsfall einen garantierten Anspruch auf die Leistungen der Grundversicherung.⁵⁵

3.2.3 Die Beitragsentrichtung

In der Schweiz werden die Beiträge für die Grundversicherung allein vom Versicherten getragen. Es gibt keine Arbeitgeberbeteiligung. Die sogenannten Prämien unterscheiden sich aufgrund mehrerer Faktoren teilweise enorm voneinander.⁵⁶ Genauereres bezüglich der Prämien ist dem Punkt 3.6.1 zu entnehmen.

3.2.4 Die Abrechnungsmethoden

Im Schweizer Krankenversicherungssystem gibt es drei verschiedene Abrechnungsmethoden, welche sich abhängig vom Leistungserbringer unterscheiden. Hierbei handelt es sich nicht um die Höhe der Kosten, sondern um die Art und Weise, wie sie beglichen werden. Unterschieden wird zwischen Tiers payant, Tiers garant und Tiers soldant.⁵⁷

Die Tiers-payant-Methode ist eine direkte Zahlungsmethode zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse und findet immer häufiger Anwendung. Die Rechnung wird direkt an die Krankenkasse weitergeleitet. Die Krankenkasse begleicht den Rechnungsbetrag direkt an den Leistungserbringer. Die Kosten der Franchise und des Selbstbehalts müssen vom Versicherten getragen werden. Diese

⁵⁵ Vgl. Riemer-Kafka, Schweizer Sozialversicherungsrecht, S. 9.

⁵⁶ Vgl. Krankenversicherung_ Schweiz mit Grundversicherung + Zusatz (Anlage 26), 23.03.2017.

⁵⁷ Vgl. Krankenkassen_ Abrechnungen - moneyland.ch (Anlage 27), 01.04.2017.

Abrechnungsmethode wird beispielsweise bei stationären Behandlungen angewendet.⁵⁸

Die Methode der Tiers garant ist die am häufigsten verwendete Methode. Die Rechnung des Leistungserbringers wird direkt an den Versicherten gestellt, welcher diese dann selbständig an die Krankenkasse weiterleitet. Die Rechnung wird jedoch zunächst vom Versicherten beglichen. Dieser bekommt den Rechnungsbetrag nach Abzug der Franchise und des Selbstbehalts von der Krankenkasse nach Prüfung der Rechnung erstattet.⁵⁹

Die letzte Abrechnungsmethode ist die Tiers-soldant-Methode. Diese wird jedoch kaum verwendet und findet wenig Anwendung. Die Rechnung wird vom Leistungserbringer direkt an die Krankenkasse geschickt, welche den Rechnungsbetrag begleicht. Jedoch wird der Betrag nur abzüglich der Franchise und des Selbstbehalts beglichen. Diesen Abzug muss der Leistungserbringer selbständig beim Versicherten einfordern.⁶⁰

3.3 Leistungen

In der Schweiz setzt sich das Krankenversicherungssystem aus der Grundversicherung, der Zusatzversicherung und der Tagegeldversicherung zusammen. Alle drei Teile unterscheiden sich in der Abdeckung der Leistungen und sind teilweise freiwillig. Die Leistungen der Grundversicherung sind gesetzlich geregelt und für alle Versicherte die gleichen. Die Grundversicherung ist für alle Bürger verpflichtend und somit unumgänglich. Diese finden ihre gesetzliche Regelung im 3. Kapitel des KVG und den dazugehörigen Artikeln. Die freiwilligen Zusatzversicherungen können vom Versicherten in ihrem Umfang frei gewählt werden und werden von mehreren Stellen angeboten.

⁵⁸ Vgl. Tiers payant – Definition (Anlage 28), 01.04.2017.

⁵⁹ Vgl. Tiers garant – Definition (Anlage 29), 01.04.2017.

⁶⁰ Vgl. Tiers soldant einfach erklärt (Anlage 30), 01.04.2017.

3.3.1 Grundversicherung

Die Grundversicherung ist für alle Versicherten obligatorisch und im Krankenversicherungsgesetz geregelt. In den Artikel 25 bis 31 KVG und Artikel 33ff. KVV sind die Leistungen aufgeführt, woraufhin die Artikel 32 bis 34 KVG die Voraussetzungen der Leistungen regeln. Grundsätzlich müssen gemäß Artikel 32 KVG die Leistungen nach Artikel 25 bis 31 KVG der Zweckmäßigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit unterliegen. So deckt die obligatorische Krankenversicherung in Form der Grundversicherung folgende Leistungen ab:

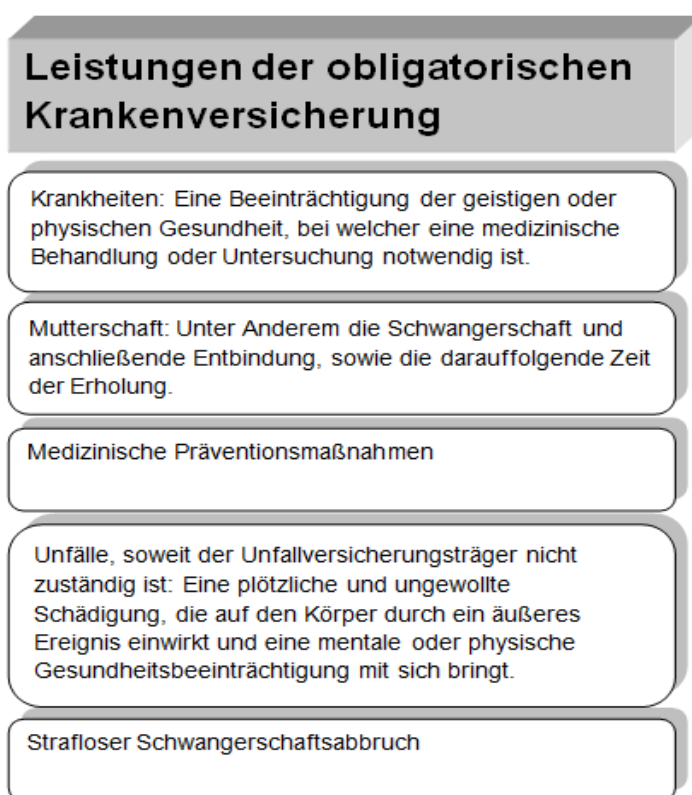


Abbildung 7: Die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung, eigene Darstellung basierend auf den Grundlagen des KVG insbesondere des Artikel 25 und KVV und Schweiz_ Krankenversicherung in der Schweiz - Die obligatorische Versicherung (Anlage 31), 24.03.2017.

Im Einzelnen umfassen die genannten Leistungen der Grundversicherung basierend auf den Artikeln 25 bis 31 des KVG folgenden Umfang:

Die Leistungen der Schweizer Krankenversicherung im Einzelnen

Arztliche Leistungen: Stationäre oder ambulante Untersuchungen und Behandlungen, Hausbesuche.

Stationäre Spitalbehandlungen: Pauschale Pauschalabgeltungen abhängig vom jeweiligen Kanton.

Nichtärztliche Leistungen: Umfasst Bereiche, wie beispielsweise Ergotherapie, Diabetesberatung, Physiotherapie, ambulante Krankenpflege, Logopädie, Apothekerleistungen und Ernährungsberatung.

Präventionsmaßnahmen: Kostenübernahme für eine Untersuchung der Früherkennung von Krankheiten und vorsorgliche Maßnahmen für Versicherte mit erhöhtem Risiko zu erkranken.

Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände: Kostenübernahme für die vier Positivlisten:

- Mittel und Gegenständeliste: beispielsweise Bandagen und Verbandmaterial.
- Analysenliste: Kostenübernahme für Laborkosten
- Arzneimittelliste
- Spezialitätenliste: Kostenübernahme für konfektionierte Medikamente

Leistungen bei Mutterschaft: Kostenübernahme für normale Kontrolluntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse, Stillberatungen durch geschulte Krankenschwestern oder Hebammen, eine Nachuntersuchung nach der Geburt, für die Entbindung und die Spitalkosten für den Aufenthalt des neugeborenen Kindes unmittelbar nach der Geburt.

Zahnärztliche Behandlungen: Kostenübernahme für

- eine schwere Erkrankung des Kausystems, wenn diese nicht vermeidbar ist
- für eine Schädigung des Kausystems, wenn diese durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder einen Unfall hervorgerufen wird

Nicht getragen werden die Kosten der Zahnkorrektur bei Fehlstellungen und Zahnfüllungen bei Karies.

Transport- und Rettungskosten, Badekuren: Transporte werden zu 50% bis zu einem Maximalbetrag von 500 Franken übernommen, wenn eine Fahrt mit öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln nicht möglich ist. Bei Rettungen in der Schweiz werden ebenfalls 50% der Kosten übernommen bis zu einem Maximalbetrag von 5000 Franken.

Ärztlich verordnete Badekuren in einem zugelassenen Heilbad werden in einem gewissen Umfang übernommen.

Abbildung 8: Die Leistungen des Schweizer Krankenversicherungssystems im Einzelnen, eigene Darstellung basierend auf den Artikeln 25 bis 31 KVG; Widmer, Die Sozialversicherung in der Schweiz, S. 195 ff.; Schweiz - Krankenversicherung in der Schweiz_Die obligatorische Versicherung (Anlage 31), 25.03.2017.

3.3.2 Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung ist dem Privatrecht zuzuordnen und unterliegt den Regelungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag, dem VVG. Durch eine freiwillige Zusatzversicherung kann der Versicherungsschutz ausgeweitet werden. Anders als bei der Grundversicherung besteht die Möglichkeit, dass der Versicherer aufgrund eines zu hohen Krankheitsrisikos den Versicherten ablehnt, sodass keine Zusatzversicherung möglich ist. Diese Entscheidung liegt beim jeweiligen Versicherer. Daraus resultiert auch, dass die Prämienhöhe am Risiko bemessen wird. So sind die Prämien von Frauen grundsätzlich höher als die der Männer und junge Menschen entrichten niedrigere Prämien als ältere Bürger. Die Zusatzversicherungen basieren auf der Grundversicherung und es bestehen mehrere Möglichkeiten den Schutz,

welcher in der Grundversicherung durch gesetzliche Regelungen festgeschrieben ist, auszuweiten. Die am häufigsten in Anspruch genommenen Zusatzversicherungen sind beispielsweise die der Zahnbehandlung, Zahnstellungskorrekturen, Alternativmedizin oder für höhere Kur- und Brillenbeiträge. Grundversicherung und Zusatzversicherung können bei zwei verschiedenen Anbietern abgeschlossen werden. Die Zusatzversicherung muss somit nicht bei derselben Krankenkasse abgeschlossen werden, bei der auch die Grundversicherung besteht.⁶¹

3.3.3 Taggeldversicherung

Die Taggeldversicherung ist grundsätzlich freiwillig und soll für den Lohnausfall aufgrund von Krankheit, eines Unfalls oder einer Arbeitsunfähigkeit und Mutterschaft aufkommen.

Die Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) unterliegt den Regelungen der Artikel 67 bis 77 des KVG. Die Kassen dürfen Versicherte nicht ablehnen und sind dazu verpflichtet diese aufzunehmen. Oftmals sind Versicherte schon durch den Arbeitgeber gegen Lohnausfall abgesichert, indem dieser Kollektivverträge für seine Arbeitnehmer abschließt. Bürger, bei denen dies nicht der Fall ist, haben die Möglichkeit gegen Zahlung einer Prämie eine Taggeldversicherung abzuschließen und so im Falle eines Lohnausfalls abgesichert zu sein. Die freiwillige Taggeldversicherung in der KVG unterliegt dem Umlageverfahren und sowohl Frauen als auch Männer entrichten eine gleich hohe Prämie. Jedoch können durch den Versicherer Erkrankungen ausgeschlossen werden.⁶² Die Höhe des versicherten Taggeldes wird durch den Versicherer und den Versicherten vereinbart. In der Regel entspricht dies 80 % des versicherten Verdienstes.⁶³ Aufgrund von einer

⁶¹ Vgl. Widmer, Die Sozialversicherung in der Schweiz, S. 208 f..

⁶² Vgl. Krankentaggeld (Anlage 32), 27.03.2017.

⁶³ Vgl. Krankentaggeldversicherung Schweiz_ Leistung nach Wartefrist (Anlage 33), 27.03.2017.

oder mehreren Erkrankungen ist das Taggeld nach dem Artikel 72 des KVG für mindestens 720 innerhalb von 900 Tagen zu leisten.

Desweiteren besteht die Möglichkeit eine freiwillige Taggeldversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abzuschließen. Hier besteht die Möglichkeit, dass der Versicherte aufgrund der Vertragsfreiheit durch den Versicherer abgelehnt wird. Der Lohnausfall ist oftmals nur durch eine zusätzliche Prämie abgesichert und die Prämien ergeben sich aus den Faktoren Alter, Geschlecht, Krankheitszustand und noch einigen weiteren Kriterien.⁶⁴ Die Dauer des Krankentaggeldes unterscheidet sich hier zu dem des KVG, dass für 730 Tage innerhalb 900 Tage Taggeldleistungen gewährt werden und nicht nur für 720 Tage.⁶⁵

3.4 Träger

Nach Artikel 11 und Artikel 12 des KVG können Versicherte in der Schweiz den Krankenversicherungsträger frei wählen. Dieser darf keinen Bürger in der Aufnahme zur obligatorische Krankenversicherung ablehnen. Insgesamt existieren in der Schweiz 80 Krankenkassen, welche sich in ihren Preisen alle voneinander unterscheiden. Versicherte haben die Möglichkeit auf mehreren Webseiten sich über die verschiedenen Krankenkassen und ihre Vor- bzw. Nachteile zu informieren.⁶⁶

Die Grundversicherung ist in ihren Leistungen aufgrund gesetzlicher Regelungen bei allen Krankenkassen gleich. Jedoch besteht ein enormer Unterschied bei der Prämienhöhe zwischen den einzelnen Kassen aufgrund von Wohnort, Versicherungsmodell, Alter und Franchise.⁶⁷ Zusätzlich besteht für die Versicherten noch die Möglichkeit eine Zusatzversicherung abzuschließen. Sowohl Grundversicherung als auch Zusatzversicherung darf von den Krankenkassen angeboten werden. Hinzu kommt nach dem KVG noch die Pflicht eine Krankentaggeldversicherung anzubieten. Neben den

⁶⁴ Vgl. Krankentaggeld (Anlage 32), 27.03.2017.

⁶⁵ Vgl. Krankentaggeldversicherung Schweiz_ Leistung nach Wartefrist (Anlage 33), 27.03.2017.

⁶⁶ Vgl. Beste Krankenkasse für 2017_ Tests und Bewertungen (Anlage 34), 19.03.2017.

⁶⁷ Vgl. Krankenversicherung Schweiz – comparis.ch (Anlage 35), 17.03.2017.

Krankenversicherungsträgern dürfen auch private Schadens- und Lebensversicherer die freiwillige Zusatzversicherung vertreiben, wie es in Artikel 11 KVG festgelegt ist. Das Bundesamt für Gesundheit beaufsichtigt die Anbieter der Grundversicherung, hingegen werden die Anbieter der Zusatzversicherungen von der Finanzmarktaufsicht kontrolliert.⁶⁸

Die Krankenkassen sind nach Artikel 12 KVG juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts und dürfen in der Grundversicherung keinen Gewinn erwirtschaften. Nach Artikel 13 KVG muss die Krankenkasse ihren Sitz in der Schweiz haben und über eine Organisation und Geschäftsführung verfügen.

3.5 Versicherte der obligatorischen Krankenversicherung

Grundsätzlich unterliegen in der Schweiz aufgrund der obligatorischen Krankenversicherung alle Bürger der Versicherungspflicht in der Grundversicherung. Weitere Leistungen können über eine freiwillige Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Regelungen über die Versicherungspflicht in der Grundversicherung sind in den Artikel 3 ff. des KVG zu finden. So verpflichtet sich jeder Bürger innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitzaufnahme oder Geburt einer Krankenversicherung beizutreten. Die genannten Paragraphen beinhalten Sonderregelungen über die Versicherungspflicht und ihre Auswirkungen in Verbindung mit Artikel 1 ff. KVV. Eine Befreiung der Versicherungspflicht ist nicht die Regel und nur in bestimmten Fällen möglich, wie beispielsweise aufgrund einer Aus-/ bzw. Weiterbildung in der Schweiz oder einer Erwerbstätigkeit im Ausland. Weitere Ausnahmen von der Versicherungspflicht regelt der Artikel 2 KVV.

In der Schweiz muss sich grundsätzlich jedes Familienmitglied einzeln versichern. Es besteht somit keine Möglichkeit der Familienversicherung.⁶⁹

⁶⁸ Vgl. Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz (Anlage 36), 27.11.2016.

⁶⁹ Vgl. Versicherungspflicht (Anlage 37), 20.03.2017.

3.6 Finanzierung

Die Finanzierung des Schweizer Krankenversicherungssystems setzt sich im Hinblick auf die Grundversicherung aus drei Einnahmequellen zusammen. Die Versicherten zahlen einen monatlichen Beitrag, der sogenannten Kopfprämie. Hinzu kommt die Kostenbeteiligung in Form einer Franchise und dem Selbstbehalt der Versicherten und Zuschüsse durch den Bund mithilfe von Prämienverbilligungen.⁷⁰ Die Krankenversicherung nutzt das Umlageverfahren, um die Leistungen zu finanzieren.⁷¹ Jedoch darf in der Grundversicherung kein Gewinn erwirtschaftet werden. Es herrscht ein sogenanntes Gewinnverbot.⁷² In den Verträgen der Zusatzversicherungen, welche privatrechtlichen Charakter haben, gilt dieser Grundsatz nicht.

Die gesetzliche Grundlage der Finanzierung bildet das fünfte Kapitel des KVG.

3.6.1 Prämien der Versicherten

In der Schweiz entrichtet jeder Versicherte monatlich einen Beitrag, die risiko- und einkommensunabhängige Kopfprämie, welche allein vom Versicherten getragen wird. Diese ist unabhängig von Geschlecht, Gesundheitszustand oder Alter des Versicherten und findet ihre gesetzliche Grundlage im Artikel 61 KVG. Die Höhe der Kopfprämie ist abhängig von regionalen Unterschieden zwischen den verschiedenen Kantonen und der finanziellen Lage der jeweiligen Krankenkasse. Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 25 Jahren müssen nur eine reduzierte Kopfprämie entrichten. Hierbei gibt es meist Staffelungen bis zum 18. Lebensjahr, vom 19. Lebensjahr bis zum 25. Lebensjahr und ab dem 25. Lebensjahr gilt man schließlich als Erwachsener. Der festgesetzte Beitrag wird jährlich vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit genehmigt. Aufgrund der unterschiedlich hohen Prämien ist

⁷⁰ Vgl. Das Wichtigste in Kürze (Anlage 38), 17.03.2017.

⁷¹ Vgl. Widmer, Sozialversicherung in der Schweiz, S. 182.

⁷² Vgl. Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz (Anlage 36), S. 20, 27.11.2016.

der Wettbewerb zwischen den Trägern sehr ausgeprägt. Für finanzschwache Personen besteht die Möglichkeit der Prämienverbilligung, welche durch den Bund und den jeweiligen Kanton durch Zuschüsse ermöglicht wird. So soll verhindert werden, dass Haushalte nicht über 8% ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufbringen müssen.⁷³ Circa 30% der Schweizer Bürger sind auf die Prämienverbilligung angewiesen.⁷⁴

Der landesweite Durchschnitt der Kopfprämie lag im Jahr 2013 bei 396 Franken monatlich. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass die Prämien zwischen den verschiedenen Kantonen in ihrer Höhe sehr unterschiedlich sind.⁷⁵ Die Prämienhöhe kann durch die Wahl von verschiedenen Modellen reduziert werden, wie beispielsweise durch Änderung der Franchisehöhe, durch Einschränkung der Leistungserbringer oder aber durch den Abschluss einer Bonusversicherung. In der Bonusversicherung bekommt der Versicherte einen Schadensfreiheitsrabatt auf die Prämie für jedes Jahr, in der er keine Kosten erstattet bekommt.⁷⁶

3.6.2 Kostenbeteiligung der Versicherten

Die Kostenbeteiligung der Versicherten ist in Artikel 64 KVG geregelt. Es wird unterschieden zwischen der Franchise, welche einen festen Jahresbetrag darstellt, und dem Selbstbehalt.

Die gesetzlich festgelegte Franchise wird einmal jährlich entrichtet und beläuft sich auf mindestens 300 Franken für Erwachsene, wohingegen für Kinder keine Franchise entrichtet werden muss. Die jährliche Franchise kann vom Versicherten erhöht werden, wodurch sich die monatliche Kopfprämie reduziert. Die verminderte Kopfprämie darf jedoch nicht

⁷³ Vgl. Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz (Anlage 39), 17.03.2017.

⁷⁴ Vgl. Gesundheitssysteme in Europa_ Das Gesundheitssystem der Schweiz (Anlage 40), 23.03.2017.

⁷⁵ Vgl. Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz (Anlage 39), 17.03.2017.

⁷⁶ Vgl. Schweiz_ Krankenversicherung in der Schweiz - Die obligatorische Versicherung (Anlage 31), 24.03.2017.

weniger als 50% der regulären Prämie betragen. Das Angebot der einzelnen Franchisestufen ist kassenabhängig und beläuft sich zwischen 300 Franken und 2500 Franken.⁷⁷

Bei Inanspruchnahme von Arzt- oder Spitalleistungen, sowie Medikamenten muss vom Versicherten ein Selbstbehalt getragen werden. Dieser wird prozentual von den Gesundheitskosten abhängig gemacht. Liegen diese Kosten im Rahmen des Betrages der jährlichen Franchise, muss sich der Versicherte nicht an diesen beteiligen. Wird die Franchise jedoch überschritten, so ist der Versicherte dazu verpflichtet 10% der Kosten selbst zu tragen. Der Selbstbehalt ist jedoch auf einen Betrag von 700 Franken beschränkt. So muss der Versicherte einen Teil der Gesundheitskosten erst tragen, wenn die Franchise voll verbraucht ist. Bei Kindern gilt ein maximaler Selbstbehalt von 350 Franken, für zwei Kinder ist dieser auf eine Höhe von 700 Franken beschränkt. Bei Inanspruchnahme von Medikamenten und Leistungen einer Mutterschaft gelten abweichende Regelungen.⁷⁸

3.6.3 Gelder des Bundes

Finanzschwache Haushalte haben die Möglichkeit eine Prämienverbilligung in Anspruch zu nehmen. Diese regelt der Artikel 65 ff. KVG. Getragen wird die Prämienverbilligung von den Kantonen und dem Bund.

3.6.4 Risikoausgleich

Einen finanziellen Ausgleich zwischen den Versicherungsträgern schafft der Risikoausgleich. Im Hinblick auf die Faktoren Alter, Geschlecht, Spitalaufenthalt im Vorjahr und Arzneimittelkosten des Vorjahres ergeben sich zwischen den Krankenversicherern unterschiedliche Risikostrukturen. In der monatlichen Prämie werden diese Indikatoren nicht berücksichtigt und wirken sich auf die Beitragshöhe somit nicht aus. So bezahlen

⁷⁷ Vgl. Franchise - Selbstbehalt Krankenkasse (Anlage 41)17.03.2017.

⁷⁸ Vgl. Selbstbehalt in der Grundversicherung (Anlage 42), 17.03.2017; Widmer, Die Sozialversicherung in der Schweiz, S. 206.

Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko und Versicherte mit niedrigem Krankheitsrisiko unter den gleichen Umständen die gleiche monatliche Prämie. Durch den Risikoausgleich sollen Träger aufgrund einer höheren Risikostruktur im Vergleich zu Trägern mit niedriger Risikostruktur nicht benachteiligt werden. Aus diesem Grund bezahlen Versicherer, welche überwiegend wenig hohe Risiken versichern, Abgaben in den Risikoausgleich und Versicherer, welche viele hohe Risiken versichern bekommen aus dem Risikoausgleich Beiträge. Der Risikoausgleich erfolgt kantonal und wird von der gemeinsamen Einrichtung KVG durchgeführt.⁷⁹

4 Der Vergleich der beiden Systeme unter gemeinsamen Gesichtspunkten

Der Vergleich der beiden Krankenversicherungssysteme basiert auf den Fakten des zweiten und dritten Gliederungspunktes. Hierbei wird die Leitfrage dieser Bachelorarbeit⁸⁰ als Ausgangspunkt für den Vergleich der beiden Systeme herangezogen. Anhand dieser wird mithilfe der Betrachtung von Gemeinsamkeiten und Differenzen ein Vergleich durchgeführt.

4.1 Die beiden Systeme im Allgemeinen

Schon im Aufbau der beiden Systeme ist ein großer Unterschied erkennbar. Wo in Deutschland das System aus zwei grundsätzlich voneinander unabhängigen Versicherungsmöglichkeiten, nämlich der GKV und der PKV, besteht, gibt es in der Schweiz nur eine Möglichkeit der Versicherung, der sogenannten Grundversicherung. Diese kann um freiwillige Zusatzversicherungen erweitert werden. Für beide gesetzlichen Systeme bestehen separate gesetzliche Regelungen.

In beiden Systemen besteht die allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung, soweit kein Grund der Befreiung vorliegt.

⁷⁹ Vgl. Risikoausgleich (Anlage 43), 20.03.2017.

⁸⁰ Das Schweizer Krankenversicherungssystem, Vorbild oder Negativbeispiel für Deutschland? – Ein Vergleich der beiden Systeme unter Betrachtung der Gemeinsamkeiten und Differenzen.

Trotzdem gibt es in Deutschland Fälle, in denen Bürger nicht krankenversichert sind. Hierbei handelt es sich meist um Selbständige, die den Beitrag zur Krankenversicherung vollständig allein entrichten müssen und welcher oftmals sehr teuer ist oder aber Obdachlose und illegale Einwanderer. Für Arbeitnehmer und Angestellte ist ein Nichtbestehen der Versicherungspflicht grundsätzlich nicht möglich, da die Beiträge direkt vom monatlichen Einkommen abgezogen werden und diese Personengruppen nach §5 SGB V der Versicherungspflicht unterliegen. Trotz allem ist es in Deutschland nicht strafbar keiner Krankenversicherung anzugehören.⁸¹ In der Schweiz ist die Sachlage eine andere. Hier muss sich jeder Bürger selbst versichern und ist auch für den Abschluss einer Krankenversicherung selbst verantwortlich. So werden Sanktionen und auch Strafen erlassen, wenn keine Absicherung besteht. Weiteres regelt beispielsweise der Artikel 92 ff. KVG.⁸²

4.2 Der Ursprung der beiden Systeme

Bei der Ursprungsbetrachtung des jeweiligen Systems wird ersichtlich, dass beide Systeme ihren grundsätzlichen Ursprung in der Zeit der Industrialisierung hatten, jedoch die Begründung als Krankenversicherungssystem weit voneinander abweicht. Das deutsche System war schon im Jahre 1883 durch ein Gesetz festgehalten mit der Absicht hauptsächlich das Risiko der Krankheit und der Mutterschaft abzusichern. Dieses wurde zunächst in der Reichsversicherungsordnung und anschließend im fünften Sozialgesetzbuch weiterentwickelt. Hingegen wird bei der Betrachtung des Schweizer Systems deutlich, dass dessen Ursprung zunächst hauptsächlich andere Absichten hatte und der Werdegang erst einige Jahre später zu einem einheitlich geregelten Gesetz führte. Hier stand der Lohnausfall bei Eintritt einer Krankheit im Zentrum und erst in den darauffolgenden Jahren kam die Absicherung gegen das Risiko der Krankheit hinzu. Das System der obligatorischen

⁸¹ Vgl. Leben ohne Krankenkasse_ Was droht, wenn man keine Versicherung hat_ - n-tv.de (Anlage 44), 28.03.2017.

⁸² Vgl. Was geschieht eigentlich, wenn ich mich nicht versichere (Anlage 45), 28.03.2017.

Krankenversicherung wurde zwar schon im Jahre 1980 vorgestellt, jedoch von der Bevölkerung abgelehnt und damit begründete sich keine bundeseinheitliche Krankenversicherung, wie es in Deutschland zu dieser Zeit schon der Fall war. Erst 1994 wurde nach mehrfachen Versuchen der Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung ein einheitliches System eingeführt, welches seine gesetzlichen Grundlagen im Krankenversicherungsgesetz fand.

Beide Systeme haben jedoch die Gemeinsamkeit, dass schon im Ursprung der Solidargedanke eine wichtige Rolle spielte, welchem bis heute eine bedeutende Funktion im jeweiligen System zukommt.

4.3 Die Grundprinzipien im Vergleich

Die Grundprinzipien stehen charakteristisch für das jeweilige System und zeichnen dieses aus. Im Hinblick auf das Schweizer und das deutsche Krankenversicherungssystem sind Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede zu vernehmen, welche die Systeme voneinander unterscheiden oder in Verbindung bringen. Im Folgenden wird ein Vergleich der jeweiligen Grundprinzipien durchgeführt.

4.3.1 Das Solidarprinzip

Eine große Gemeinsamkeit der beiden Systeme bildet das Solidarprinzip. Es ist sowohl für das deutsche, als auch für das Schweizer System eine tragende Säule, ohne die die Systeme keinen Bestand hätten. Mithilfe dieses Prinzips wird den Bürger der Zugang zu medizinischen Leistungen im Krankheitsfall unabhängig vom entrichteten Beitrag ermöglicht. So findet grundsätzlich ein Ausgleich zwischen jungen und älteren Versicherten, zwischen Männern und Frauen und zwischen kranken und gesunden Bürgern statt. Jedoch gibt es in diesem Grundprinzip auch Unterschiede. Beispielsweise muss in der Schweiz jedes Familienmitglied selbst versichert werden, wo in Deutschland grundsätzlich die Möglichkeit der Familienversicherung besteht und somit noch zusätzlich ein Ausgleich zwischen Alleinstehenden und Familien stattfindet. Auch ist der

Solidargedanke im Hinblick auf die Beitragshöhe zu kritisieren. In Deutschland werden die Beiträge abhängig vom Einkommen entrichtet und somit an die finanzielle Lage des jeweiligen Versicherten angeglichen. Dadurch findet ein Ausgleich zwischen sozialschwachen und sozialstarken Bürgern statt. Hingegen wird in der Schweiz eine Kopfpauschale entrichtet, welche unabhängig vom jeweiligen Einkommen ist. Es findet kein direkter Ausgleich zwischen finanziell Schwächeren und finanziell Starken statt. Zwar besteht die Möglichkeit der Prämienverbilligung, jedoch wird hier das Solidarprinzip verletzt. Die Krankenversicherung in Form der Grundversicherung stellt eine hohe finanzielle Belastung für den Großteil der Bevölkerung dar, da erst mit steigendem Einkommen diese Belastung geringer wird. Durch die finanzielle Belastung ist somit der Zugang zu einer Zusatzversicherung oder Tagesgeldversicherung auch nicht für jeden Bürger möglich. Hingegen sind im deutschen System der Lohnausfall oder beispielsweise zahnärztliche Leistungen mit im System inbegriffen. So ist im deutschen System der Solidargedanke stärker ausgeprägt, als in der Schweizer Krankenversicherung.

4.3.2 Das System im Konkreten

In beiden Systemen besteht eine grundsätzliche Versicherungspflicht. Im deutschen System gibt es jedoch mehrere Arten der Versicherung, wie beispielsweise die Familienversicherung oder in einigen Fällen die freiwillige Versicherung. Im Schweizer System gilt die allgemeine Versicherungspflicht für die Grundversicherung, in der nur in wenigen Fällen eine Versicherungsfreiheit besteht.

In der deutschen Krankenversicherung herrscht das Selbstverwaltungsprinzip, welches eine rechtliche Selbständigkeit mit sich bringt. Der grundsätzliche Rahmen wird vom Staat festgelegt, der Krankenversicherung an sich bleibt aber ein gewisser Handlungsspielraum mit der Möglichkeit zur Ermessensausübung. Hingegen bildet in der Schweiz die Grundversicherung eine gesetzlich einheitliche Regelung. Lediglich bei den Zusatzversicherungen wird ein

Handlungsspielraum ermöglicht, welche sich auch enorm voneinander unterscheiden und privatrechtlichen Charakter haben. Diese sind jedoch freiwillig und unterliegen nicht der Pflicht. Eine große Gemeinsamkeit ist, dass in beiden Systemen dem Bürger der grundsätzliche Zugang zu einer Absicherung gegen das Risiko der Krankheit ermöglicht wird.

4.3.3 Die Abrechnungsmethoden der Leistungen

Im Prinzip der Abrechnung von Leistungen unterscheiden sich die beiden Systeme enorm voneinander. Im deutschen Krankenversicherungssystem erfolgt die Abrechnung zwischen Leistungserbringer und der Krankenkasse nach dem Sachleistungsprinzip. Der Versicherte selbst kann somit bargeldlos eine medizinische Leistung in Anspruch nehmen, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten. Hingegen existieren in der Schweiz drei verschiedenen Methoden der Abrechnung von Leistungen: Der Tiers-payant-Methode, der Tiers-garant-Methode und der Tiers-soldant-Methode. Wie schon im Punkt 3.2.4. erläutert, wird in der Tiers-payant-Methode und in der Tiers-soldant-Methode der Rechnungsbetrag direkt vom Träger beglichen, abgesehen von der Franchise und dem Selbstbehalt. Die am häufigsten angewandte Methode ist jedoch die Tiers-garant-Methode. Hierbei entsteht für die Versicherten eine finanzielle Belastung, da die Rechnung vom Leistungserbringer zunächst an den Versicherten gerichtet wird. Dieser kann die Kosten für die in Anspruch genommene Leistung zwar von der Krankenkasse, abgesehen von der Franchise und dem Selbstbehalt, erstatten lassen, jedoch muss in Vorkasse getreten werden. Gerade für sozialschwache Versicherte kann dies zu finanziellen Engpässen führen. So kann festgehalten werden, dass im deutschen Krankenversicherungssystem die Methode der Abrechnung von Leistungen versichertenfreundlicher ist, da diese die Leistungskosten nicht vorstrecken müssen.

4.3.4 Die Beitragsentrichtung

Die Regelung über die Entrichtung der Beiträge weichen in den beiden Krankenversicherungssystemen voneinander ab. Bezüglich der gesetzlich festgelegten Grundversicherung in der Schweiz werden die Beiträge allein vom Versicherten getragen und es existiert keine Arbeitgeberbeteiligung. Auch die Prämien für die freiwilligen Zusatzversicherungen müssen von den Versicherten selbst entrichtet werden. Lediglich bei der Krankentaggeldversicherung besteht die Möglichkeit, dass der Arbeitgeber eine Kollektivversicherung für seinen Arbeitnehmer abschließt. Dies ist für die Versicherten günstiger, wie wenn diese selbst eine Krankentaggeldversicherung abschließen.

Im deutschen System hingegen werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Wenn Versicherte über den gesetzlich festgelegten Versicherungsschutz hinaus zusätzliche Absicherungen abschließen, müssen diese allein durch die Versicherten finanziert werden.

4.4 Die Leistungen

Der Leistungskatalog der beiden Systeme unterscheidet sich in mehreren Punkten. Schon bei der Betrachtung des Aufbaus wird deutlich, dass dieser sich grundlegend differenziert. Im deutschen System bestehen die gesetzlichen Leistungen aus circa 90% bis 95% Pflichtleistungen, welche hauptsächlich auf den Regelungen des SGB I und des SGB V basieren. Diese sind bei allen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung dieselben. Einen Ermessensspielraum haben die Krankenkassen bei den sogenannten Mehrleistungen, welche den restlichen Teil des Leistungskatalogs bilden. Hingegen ist im Schweizer System allein die Grundversicherung für alle Versicherten gesetzlich geregelt und somit gleich. Allein diese Versicherung unterliegt dem Obligatorium und somit der Versicherungspflicht, welche ihre Regelungen im KVG findet. Hinzu kommt die Möglichkeit freiwillige Zusatzversicherungen oder Taggeldversicherungen abzuschließen. Diese sind jedoch nicht gesetzlich

verpflichtend. Die Zusatzversicherungen unterliegen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag. Hingegen gibt es bei den Taggeldversicherungen die Möglichkeit, diese über das KVG oder über das VVG abzuschließen.

In beiden Systemen muss das Gebot der Wirtschaftlichkeit eingehalten werden, welches eine grundlegende Gemeinsamkeit darstellt.

4.4.1 Die genauere Betrachtung der gesetzlich festgelegten Leistungen

Im deutschen Krankenversicherungssystem sind die sogenannten Pflichtleistungen trägerübergreifend gleich. Diese bestehen im Allgemeinen aus Vorsorgeleistungen und Früherkennungsmaßnahmen, Leistungen bei Krankheit, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft und Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch, Empfängnisverhütung und Sterilisation. Bei erster Betrachtung sind Ähnlichkeiten zum Schweizer System erkennbar. Dieses beinhaltet im Allgemeinen Leistungen bei Krankheit, Leistungen bei Mutterschaft, medizinische Präventionsmaßnahmen, Leistungen bei Unfällen und Schwangerschaftsabbruch.

Beide Systeme beinhalten Präventionsmaßnahmen, durch welche ermöglicht wird, dass Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium erkennbar werden. Das Risiko, dass die Krankheit eintritt, soll durch diese Maßnahmen gesenkt werden. Im deutschen System wird deutlich, dass die Maßnahmen der Prävention über mehrere Bereiche des alltäglichen Lebens reichen, wie beispielsweise auch in Lebensbereiche der Freizeitgestaltung oder des Berufs. Hierzu kann man auch die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten hinzuziehen, wie unter Anderem Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.

Eine weitere gemeinsame Leistung findet man im Bereich der Mutterschaft. Hierzu zählen in beiden Systemen die üblichen Kontrolluntersuchungen, aber auch die Entbindung und notwendige Nachuntersuchungen.

Auch der Bereich der Empfängnisverhütung, Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs ist sowohl im deutschen als auch im Schweizer System abgedeckt. Im Schweizer System ist der Bereich als strafloser Schwangerschaftsabbruch benannt. Hingegen ist im deutschen System diese Rubrik im gesetzlichen Umfang ausführlicher geregelt. Übernommen werden Kosten der Empfängnisverhütung, aber auch wenn aufgrund einer Krankheit eine Sterilisation unvermeidbar ist.

Die Behandlung bei Eintritt einer Krankheit ist im deutschen System zu einem Punkt zusammengefasst, hingegen wird im Schweizer System dieser Punkt nochmals unterteilt. Unter den allgemeinen Leistungen der Krankenbehandlungen fällt in Deutschland die Behandlung durch einen Arzt, die zahnärztliche Behandlung und dem Zahnersatz. Hinzu kommt die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Versorgung mit Arznei- und Verbandsmittel. Auch die Kosten für Heil- und Hilfsmittel werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die allgemeine Krankenhausbehandlung und die Leistungen der medizinischen Rehabilitation fallen in den Leistungskatalog. Die Herbeiführung einer Schwangerschaft gehört ebenfalls zu den Leistungen der Krankenbehandlung. Eine weitere Leistung, die zu dieser Rubrik zählt ist das Krankengeld, welches auch der Pflichtversicherung zugehörig ist. Gerade im Bereich der Krankenbehandlung werden Unterschiede zum Schweizer System deutlich. Die allgemeinen ärztlichen Leistungen sind hier in Form von stationären oder ambulanten Untersuchungen abgedeckt sowie Hausbesuche. Im zahnärztlichen Bereich gibt es jedoch enorme Unterschiede, da diese Leistungen grundsätzlich vom Versicherten selbst zu tragen sind. Die Kosten bezüglich der zahnärztlichen Behandlung werden nur übernommen, wenn die Erkrankung durch eine weitere Erkrankung oder einen Unfall entstanden ist oder die Erkrankung des Kausystems nicht vermeidbar ist. Dies kommt in seltenen Fällen zum Tragen. Alle Leistungen der Zahnkorrektur oder bei Zahnfüllungen sind grundsätzlich nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung in der Schweiz abgedeckt. Separat aufgeführt sind Stationäre

Spitalbehandlungen und nichtärztliche Leistungen, wie unter anderem Physiotherapie oder Ergotherapie. Verbandsmaterial, Arzneimittel und weitere Mittel werden nach bestimmten Listen von der Krankenversicherung übernommen. Die Rettungs- und Krankentransportkosten werden in der Schweiz nur zu 50% bis zu einem Höchstbetrag übernommen. Dies unterscheidet sich zum deutschen System, in welchem Rettungskosten grundsätzlich komplett erstattet werden und Krankentransportkosten grundsätzlich auch. Hier kann jedoch eine Kostenbeteiligung für die Versicherten anfallen.⁸³ Bezüglich der Rehabilitationsmaßnahmen enthält das Schweizer Krankenversicherungssystem sogenannte Badekuren, welche im §10 bis §12 BVG ihre gesetzlichen Regelungen findet. Hierbei handelt es sich um eine Form der medizinischen Rehabilitation.⁸⁴ Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind auch im deutschen Leistungskatalog der Krankenversicherung enthalten.

Zu den gesetzlich festgelegten Pflichtleistungen, welche bei jedem Träger dieselben sind, kommen im deutschen System noch sogenannte Mehrleistungen. Diese unterscheiden sich von Krankenkasse zu Krankenkasse und können im Rahmen des sogenannten Ermessensspielraums in der Satzung der einzelnen Krankenkasse aufgenommen werden. So besteht für die einzelnen Versicherten ein Rechtsanspruch auf die Mehrleistung. Diese Art der Mehrleistung ist der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen und je nach Krankenkasse haben die Versicherten im Zuge ihrer Pflichtversicherung einen Anspruch auf diese Mehrleistung. Im Schweizer System gibt es diese Erweiterung des gesetzlich festgelegten Leistungskatalogs durch die grundlegende Pflichtversicherung mithilfe der einzelnen Satzungen nicht. Jede weitere Absicherung ist für die Versicherten freiwillig und muss nicht verpflichtend abgeschlossen werden.

⁸³ Vgl. Fahrkosten _ Krankentransport - GKV-Spitzenverband (Anlage 46), 03.04.2017.

⁸⁴ Vgl. informationen-badekuren-bundesversorgungsgesetz (Anlage 47), 04.04.2017.

4.4.2 Zusätzliche Absicherung

Über die gesetzlich festgelegten Leistungen der Pflichtversicherung hinaus haben Versicherte die Möglichkeit die Abdeckung von Leistungen auszuweiten oder weitere Risiken abzusichern. Versicherte in Deutschland können dies über Verträge mit privaten Krankenversicherungen bewirken. Über die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist die zusätzliche Absicherung nicht möglich. In diesem Punkt unterscheidet sich das deutsche System vom Schweizer Krankenversicherungssystem. Im Schweizer System ist es üblich, dass der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog durch sogenannte Zusatzversicherungen ausgeweitet wird. Dies geschieht jedoch freiwillig und ist grundsätzlich über die gesetzliche Krankenversicherung oder über private Anbieter möglich. Die gesetzliche Regelung ist hier nicht das KVG, sondern das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag. In der Zusatzversicherung bemisst sich die Prämie nach dem abzusichernden Risiko.

Auch die Taggeldversicherung ist ein charakteristischer Bestandteil des Schweizer Systems, welche ebenfalls eine zusätzliche Absicherung bildet. Bei Eintritt einer Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Mutterschaft soll sie für den Lohnausfall aufkommen. Diese Art der Absicherung ist ebenfalls freiwillig und kann entweder nach den Regelungen des KVG oder des VVG abgeschlossen werden. Oftmals bestehen bei Arbeitnehmern Kollektivverträge, welche durch den Arbeitgeber abgeschlossen werden können. Im deutschen System besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Krankengeld. Dieses beläuft sich grundsätzlich auf 70% des Bruttoverdienstes, höchstens jedoch 90% des Nettoverdienstes. Da hier Einbußen des monatlichen Einkommens entstehen, gibt es in Deutschland ebenfalls die Möglichkeit eine Krankentaggeldversicherung abzuschließen. Diese ist jedoch nicht so charakteristisch, wie die Taggeldversicherung im Schweizer System.

4.5 Die Träger der Systeme

Die Träger der beiden Systeme sind bezüglich der gesetzlichen Pflichtversicherung die Krankenkassen. Deutsche Krankenversicherungsträger üben Selbstverwaltung aus und sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Träger der Schweizer Krankenversicherungsträger sind hingegen juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts. Im deutschen System existieren 113 verschiedene Krankenkassen wohingegen im Schweizer System lediglich 80 Krankenkassen zur Auswahl stehen. Im deutschen System sind die Krankenkassen nach §4 SGB V in sechs Kassenarten unterteilt. Hierbei untergliedern sich die Träger in Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Knappschaftliche Krankenversicherung. Diese Unterteilung resultiert aus geschichtlichen Gründen. Eine solche Unterteilung existiert im Schweizer System nicht.

Wie schon zuvor erläutert haben die Träger im deutschen System in ihren Satzungen einen gewissen Ermessensspielraum, welcher bei den Schweizer Trägern nicht vorhanden ist. Die Leistungen sind bei allen Trägern der obligatorischen Krankenversicherung dieselben. Jedoch haben die Schweizer Krankenkassen die Möglichkeit Zusatzversicherungen anzubieten, welche die Leistungsabdeckung erweitern und je nach abgeschlossener Zusatzversicherung weitere Risiken abdecken. Über diese Möglichkeit verfügen die deutschen Krankenversicherungsträger nicht.

4.6 Die Versicherten der beiden Systeme

In beiden Ländern besteht bezüglich der Krankenversicherung grundsätzliche Versicherungspflicht für alle Bürger. Das Schweizer Krankenversicherungssystem ist für alle Bürger obligatorisch bezüglich der Grundversicherung und jeder Bürger ist einzeln zu versichern. Diese kann wie schon zuvor genannt um gewisse Zusatzversicherungen

erweitert werden, welche jedoch nicht verpflichtend sind. Nur in wenigen Fällen ist eine Befreiung der Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenversicherung möglich. Hier unterscheiden sich die beiden Systeme enorm voneinander, da schon allein der Aufbau des deutschen Systems und auch die Möglichkeiten der Versicherung um einiges vielseitiger sind als im Schweizer System.

Im deutschen System unterliegen grundsätzlich Personengruppen, wie Arbeiter, Angestellte oder Auszubildende der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit das jährliche Arbeitsentgelt nicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Diese ist Punkt 2.5.1 zu entnehmen. Neben der Pflichtversicherung gibt es die freiwillige Versicherung, welche jedoch nur für bestimmte Personengruppen zugänglich ist. Für durchschnittlich verdienende Bürger kommt diese Art der Versicherung grundsätzlich nicht in Betracht, außer die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird überschritten oder sie gehören einer besonderen Berufsgruppe an. Hier bildet die Absicherung in einer privaten Krankenversicherung eine Alternative zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse. Was sich ebenfalls enorm vom Schweizer System unterscheidet ist die Möglichkeit zur Familienversicherung. Wo in der Schweiz jeder Bürger separat versichert sein muss, gibt es im deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit der Familienversicherung, welche für die betreffenden Personen beitragsfrei ist. Hiervon betroffen sind vor allem Kinder und Ehegatten bzw. Lebenspartner unter Vorliegen gewisser Voraussetzungen, welche im Punkt 2.5.3 aufgegriffen sind. So ist festzuhalten, dass das deutsche System um einiges vielseitiger bezüglich der Art und Weise sich zu versichern ist. Hingegen setzt das Schweizer System grundsätzlich für alle Versicherten gleiche Maßstäbe betreffend der Pflichtversicherung.

4.7 Die Finanzierung der beiden Systeme im Vergleich

In beiden Systemen erfolgt die Finanzierung grundsätzlich durch das Umlageverfahren. Sowohl im deutschen, als auch im Schweizer

Krankenversicherungssystem wird der Großteil der anfallenden Kosten durch die Beiträge bzw. Prämien der Versicherten gedeckt. Hinzu kommen noch Gelder des Bundes, Zusatzbeiträge bzw. Kostenbeteiligungen oder sonstige Mitteln. Auch die Umverteilung im System selbst durch einen Risikoausgleich ist sehr bedeutend für die Finanzierung des jeweiligen Systems. Es ist deutlich erkennbar, dass sich die Finanzierung in beiden Systemen aus mehreren Teilen zusammensetzt, welche im Folgenden miteinander verglichen werden.

4.7.1 Die Beitrags- bzw. Prämienentrichtung

Die Beitrags- bzw. Prämienentrichtung bildet in beiden Systemen die Haupteinnahmequelle. Zur Vereinfachung wird im Folgenden für beide Begrifflichkeiten pauschal das Wort „Beitrag“ verwendet.

In der Art und Weise, wie dieser Beitrag zustande kommt, unterscheiden sich die Systeme jedoch enorm voneinander. Im deutschen Krankenversicherungssystem ergibt sich der Beitrag abhängig vom versicherungspflichtigen Einkommen des Versicherten und wird somit der individuellen finanziellen Situation angepasst. Darüber hinaus wird die Hälfte des Beitrages durch den Arbeitgeber übernommen, so muss der Arbeitnehmer nur den halben Beitrag entrichten. Zu dem einkommensabhängigen Beitrag kommt noch der Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag muss vom Versicherten selbst getragen werden, ist kassenindividuell und ergibt sich ebenfalls aus der Höhe des versicherungspflichtigen Einkommens. Dieser hat die Funktion den Finanzbedarf der jeweiligen Kasse zu decken, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond nicht ausreichend sind. Für gewisse Personengruppen gilt ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag, wie es dem Punkt 2.6.1 zu entnehmen ist. Hiervon unterscheidet sich der Schweizer Beitrag von Grund auf. Dieser wird nicht abhängig vom Einkommen, sondern einkommensunabhängig erhoben. In der Schweiz werden sogenannte Kopfprämien entrichtet, welche risikounabhängig sind und zu 100% durch die Versicherten getragen werden. Es gibt kein

Arbeitgeberanteil. Die Kopfprämien unterscheiden sich jedoch nach Kanton und der finanziellen Lage der jeweiligen Krankenkasse. Für Jugendliche wird eine reduzierte monatliche Prämie erhoben. Auch die Möglichkeit der Prämienverbilligung durch Zuschüsse für finanzschwache Personen ist gegeben. Außerdem gibt es mehrere Möglichkeiten durch Modelle den monatlichen Beitrag zu reduzieren. Deutlich wird, dass die beiden Systeme grundlegend unterschiedliche Beitragserhebungen haben. Wo in Deutschland bundesweit für alle Versicherten der GKV der gleiche Beitragssatz zur Anwendung kommt und sich lediglich der Zusatzbeitrag in seiner Höhe unterscheidet, gibt es in der Schweiz grundlegende Unterschiede. Die Prämienhöhe ist abhängig vom Wohnort, der Krankenkasse, des Alters und auch der finanziellen Situation des Trägers. Im deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für jeden Bürger abhängig von der finanziellen Situation eine gleiche Belastung durch die Beiträge. Der Solidargedanke ist hier gut erkennbar. Hingegen sind in der Schweiz für wohlhabende Bürger die Entrichtung der Beiträge weniger belastend im Hinblick auf die finanziellen Umstände, als für Bürger die nicht über gewisse finanzielle Mittel verfügen und finanzschwach sind. Zwar gibt es die Möglichkeit der Prämienverbilligung. Jedoch ist für Schichten, welche knapp über der Grenze zur Subvention liegen, die finanzielle Belastung durch die Krankenversicherungsbeiträge sehr hoch. Aus diesem Grund ist die Belastung für die Bürger nicht einheitlich und es gibt sehr ausgeprägte Unterschiede in der Bevölkerung, da nicht nur die einheitliche Kopfprämie zu beachten ist, sondern der Wohnort und die Wahl der Krankenkasse ebenfalls eine bedeutende Rolle für die Belastung durch die Kopfprämie spielt.

4.7.2 Kostenbeteiligungen durch den Versicherten

Die Kostenbeteiligung ist charakteristisch für das Schweizer System. Jeder Bürger muss jährlich einen festgelegten Jahresbetrag, der sogenannten Franchise, entrichten und eine Selbstbeteiligung. Die

Franchise wird einmal im Jahr fällig und ist von Erwachsenen zu entrichten, Kinder sind hiervon befreit. Es sind mehrere Franchisestufen wählbar, mit welchen sich die monatliche Kopfprämie reduzieren lässt. Die Stufen erstrecken sich zwischen 300 Franken und 2500 Franken. Neben dieser Franchise muss der Versicherte bei Inanspruchnahme von Arzt- und Spitalleistungen sowie Medikamenten eine prozentuale Selbstbeteiligung entrichten, welche sich auf 10% der Gesundheitskosten beläuft. Dies kommt jedoch erst zu tragen, wenn der Betrag der Franchise verbraucht ist. Im deutschen System können die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zur Kostenbeteiligung durch den Versicherten gezahlt werden. Es bildet zwar einen festen Bestandteil des monatlichen Beitrags, jedoch ist er doch von Krankenkasse zu Krankenkasse verschieden. Es ist zu beachten, dass im deutschen System teilweise Zuzahlungen im Bereich der verschreibungspflichtigen Medikamente, im Falle eines Krankenhausaufenthalts und auch in weiteren Bereichen anfallen können.⁸⁵ Im Schweizer System ist die Kostenbeteiligung aufgrund der festgelegten Jahresfranchise und des Selbstbehalts weiter ausgeprägt als im deutschen Krankenversicherungssystem und der Versicherte in der Schweiz hat somit eine größere Kostenbeteiligung.

4.7.3 Zuschüsse durch den Bund

Sowohl das deutsche, als auch das Schweizer Krankenversicherungssystem wird durch Zuschüsse des Bundes mitfinanziert. In der Schweiz geschieht dies durch die Prämienverbilligungen von finanzschwachen Personen. Die GKV in Deutschland erhält die Zuschüsse durch den Bund bezüglich versicherungsfremder Leistungen, wie beispielsweise für die Familienversicherung oder Leistungen der Schwangerschaft und Mutterschaft. In beiden Systemen sind die Zuschüsse auf gewisse Personengruppen oder Bereiche bezogen, um Defizite auszugleichen. Wo im Schweizer System die Unterstützung durch den Bund in Form der

⁸⁵ Vgl. Zuzahlungen auf einen Blick – AOK – Die Gesundheitskasse (Anlage 48), 06.04.2017.

Prämienverbilligung direkt bei den finanzschwachen Versicherten Anwendung findet, wird im deutschen System die Versichertengemeinschaft im Allgemeinen entlastet. Dies erfolgt beispielsweise bei der Familienversicherung, welche durch das Solidarprinzip von der Versichertengesellschaft mitgetragen wird und durch finanzstärkere Versicherte grundsätzlich mitfinanziert wird. Der Zuschuss des Bundes hat hier die Funktion inne, die betroffenen Personenkreise zu entlasten.

4.7.4 Risikoausgleich

Der Risikoausgleich bzw. Risikostrukturausgleich findet in beiden Systemen Anwendung. Er hat die Aufgabe unter den Trägern aufgrund einer unterschiedlichen Risikostruktur der Versicherten einen finanziellen Ausgleich zu schaffen, sodass keine Benachteiligung stattfindet und der faire Wettbewerb zwischen den Trägern gewährleistet ist. Im deutschen System ist dieser Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds mit eingebunden, aus welchem die verschiedenen Träger ihre Zuweisungen erhalten. Diese Zuweisungen ergeben sich aus den verschiedenen Risikostrukturen. So kann festgehalten werden, dass das Prinzip des Ausgleichs aufgrund von Unterschieden der Risikostruktur in den einzelnen Krankenkassen in beiden Systemen ausgeübt wird und ein Ausgleich stattfindet.

5 Fazit und Beantwortung der Titelfrage

Hauptthematik dieser Bachelorarbeit ist die Leitfrage, ob das Schweizer Krankenversicherungssystem im Hinblick auf Deutschland als Vorbild zu sehen ist, oder ob es in seinen Einzelheiten für die deutsche Bevölkerung mehr ein Negativbeispiel darstellt.

Zunächst ist festzuhalten, dass beide Systeme in ihrer vorzufindenden Form ausgereifte Systeme sind, welche schon lange Zeit Bestand haben und in ihrer Funktion eine wichtige Säule in der Bevölkerung bilden. Im Hinblick auf die Leitfrage sind die Vor- und Nachteile bezogen auf den einzelnen Versicherten abzuwägen. So sind grundlegende Gemeinsamkeiten erkennbar, welche jedoch im einzelnen System unterschiedlich ausgeprägt sind. Man findet im System der deutschen Krankenversicherung einen stärker ausgeprägten Solidargedanken aufgrund der vielseitigeren Möglichkeit sich gesetzlich zu versichern, wie beispielsweise in Form der Familienversicherung. So wäre nach dem Schweizer Modell die finanzielle Belastung für Familien um einiges höher. Auch mit Blick auf den Beitrag an sich ist das Solidarprinzip im deutschen System deutlicher ausgeprägt, da die zu entrichtenden Beiträge an die individuelle finanzielle Situation angeglichen sind. In der Schweiz sind finanzschwache Haushalte im Vergleich zu finanzstarken Haushalten im Nachteil. Auch dies würde für den Großteil der Versicherten in Deutschland unter Anwendung des Schweizer Systems eine deutlich höhere Belastung darstellen. Zwar besteht nach dem Schweizer Modell die Möglichkeit der Prämienverbilligung, auf welche in der Schweiz circa 30% der Bürger angewiesen sind, doch spricht diese Tatsache doch dafür, dass circa 1/3 der Bevölkerung nicht in der Lage ist aus eigenen Mitteln ihre Krankenversicherung zu finanzieren. Im Hinblick auf den Leistungskatalog ist auffällig, dass das deutsche System den Versicherten mehr gesetzliche festgeschriebene Leistungen bietet, wie beispielsweise auch zahnmedizinische Leistungen oder volle Übernahme von Rettungskosten. Dies bildet im Schweizer System nochmals zusätzliche Belastungen bezogen auf den einzelnen Versicherten. Aufgrund der

geringeren Breite des Leistungskataloges im Schweizer System müssten die Versicherte in Deutschland zwangsläufig Zusatzversicherungen abschließen, um denselben Versicherungsschutz zu erreichen, wie er im deutschen System in Form der Pflichtversicherung garantiert ist. Hervorzuheben sind hier vor allem Leistungen, wie Krankengeld oder zahnärztliche Leistungen. Auch die Franchise und Selbstbeteiligung stellt eine nennenswerte zusätzliche finanzielle Belastung dar. Bei Betrachtung des Versichertenkreises ist die Versicherungspflicht in der Schweizer Krankenversicherung einheitlicher geregelt und für alle gleich, wohingegen im deutschen System ausgeprägter nach der Zugehörigkeit unterschieden wird. Dies ist für den einzelnen Versicherten jedoch kein nennenswerter Nachteil. Auch die Abrechnungsmethoden bilden in den meisten Fällen im Schweizer System für den Versicherten eine zwischenzeitliche finanzielle Belastung, wohingegen im deutschen System der Versicherte mit der Begleichung der Kosten grundsätzlich nicht direkt in Berührung kommt. Dies ist ein weiterer Punkt, der für das deutsche System steht. Auch die Unterschiede bei den Trägern sind zu nennen. Zwar bieten die Träger des deutschen Systems voneinander abweichende Mehrleistungen an, jedoch haben diese die grundsätzliche Möglichkeit der Ermessensausübung. Diese Befugnis haben die Schweizer Träger nicht, welche sich strikt an die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen halten müssen. Alles darüber hinaus wird über Zusatzversicherungen abgesichert. Wo im deutschen System der Wettbewerb zwischen den Trägern aufgrund der Mehrleistungen erfolgt, bildet sich in der Schweiz zwischen den Trägern eine Wettbewerbssituation aufgrund der unterschiedlich hohen Prämien. Im Allgemeinen kann festgehalten werden, dass das deutsche System bezogen auf den Versicherten mehr Vorteile bietet als das Schweizer Krankenversicherungssystem. Um eine endgültige Aussage treffen zu können, ob das Schweizer System für Deutschland als Vorbild oder mehr als Negativbeispiel zu sehen ist, müssen weitere Faktoren berücksichtigt werden, wie beispielsweise die wirtschaftliche Situation oder auch die Möglichkeiten der Finanzierung durch den Staat. Bezogen auf den

Versicherten an sich kann jedoch festgehalten werden, dass das Schweizer System in Deutschland mehr Nachteile mit sich bringen würde und das deutsche System über mehr Vorteile verfügt. So kann die Aussage getroffen werden, dass das Schweizer Krankenversicherungssystem für den Versicherten mehr als Negativbeispiel zu sehen ist, wie als Vorbild.

Anlagen

Alle Anlagen befinden sich auf der beigefügten CD.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit: Ratgeber zur Krankenversicherung, 13. Auflage, 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund: SGB IV Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, 21. Auflage, 2014.

Kruse, Jürgen/ Hänlein, Andreas: Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, 2009.

Marburger, Dietmar: Gesetzliche Krankenversicherung SGB V, 2007.

Marburger, Horst: Die gesetzliche Krankenversicherung, 5. Auflage, 2016.

Marburger, Horst: SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, 9. Auflage, 2014.

Riemer-Kafka, Gabriela: Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008.

Widmer, Dieter: Die Sozialversicherung in der Schweiz, 6. Auflage, 2008.

Internet:

AOK in Zahlen, <http://aok-bv.de/aok/zahlen/>, [11.03.2017].

Arbeitnehmer - Infos zur Krankenversicherung,
<http://www.krankenkasseninfo.de/personengruppen/arbeitnehmer/#gesetzliche-krankenversicherung-fuer-arbeitnehmer>, [12.03.2017].

Beste Krankenkasse für 2017_ Tests und Bewertungen,

<http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/beste-krankenkasse-test/#/formular>, [19.03.2017].

Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz,

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_1-04_19-27.pdf, [27.11.2016].

Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung,

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179103/solidarprinzip>, [15.02.2017].

Das Wichtigste in Kürze,

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenvversicherung/krankenvversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>, [17.03.2017].

Daten zum Gesundheitswesen_ Versicherte,

https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html, [12.03.2017].

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, http://aok-bv.de/lexikon/d/index_00285.html, [11.03.2017].

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz,

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72950/finanzierung?p=all>, [17.03.2017].

Die Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland,

http://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte_krankenversicherung.htm, [14.02.2017].

Ersatzkassen, http://aok-bv.de/lexikon/e/index_00317.html, [11.03.2017].

Fahrkosten _ Krankentransport - GKV-Spitzenverband,

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/fahrkosten_krankentransport/fahrkosten_krankentransport.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/fahrkosten_krankentransport/fahrkosten_krankentransport.jsp), [03.04.2017].

Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung,

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>, [13.02.2017].

Franchise - Selbstbehalt Krankenkasse,

<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/franchise.aspx>, [17.03.2017].

Geschichte der Sozialen Sicherheit-Krankheit,

<http://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/risikogeschichte/krankheit/>, [14.03.2017].

Gesetzliche Leistungen der Krankenkassen –Leistungskatalog,

<http://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/gesetzliche-leistungen/>, [09.03.2017].

Gesundheit, <http://flexikon.doccheck.com/de/Gesundheit>, [23.04.2017].

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA) - GKV-

Spitzenverband, <https://gkv->

[spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/gesundheitsfonds_und_rsa/gesundheitsfonds_und_rsa.jsp](https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/gesundheitsfonds_und_rsa/gesundheitsfonds_und_rsa.jsp), [13.02.2017].

Gesundheitssysteme in Europa_ Das Gesundheitssystem der Schweiz, [http://www.ewi-psy.fu-](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-04-03/Gesundheitssystem_Schweiz/index.html)

[berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-04-03/Gesundheitssystem_Schweiz/index.html](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-04-03/Gesundheitssystem_Schweiz/index.html),
[23.03.2017].

IKK Krankenkasse_ Innungskassen im Überblick,

<http://www.versicherungszentrum.de/krankenversicherungen/gesetzliche/ikk/ikk.php>, [11.03.2017].

informationen-badekuren-bundesversorgungsgesetz,

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/informationen-badekuren-bundesversorgungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile,
[04.04.2017].

Innungskrankenkassen, http://aok-bv.de/lexikon/i/index_00405.html,
[11.03.2017].

Krankenkasse für Schweizer_ Beste Offerte für 2017 sichern!,

<http://www.oeffentliche-krankenkasse.ch/#/formular>, [14.03.2017].

Krankenkassen_ Abrechnungen - moneyland.ch,

<http://www.moneyland.ch/de/krankenkassen-zahlungen-vergleich>,
[01.04.2017].

Krankenkassenarten - gesetzliche-Krankenkassen.biz,

<http://www.gesetzliche-krankenkassen.biz/krankenkassenarten/>,
[11.03.2017].

Krankentaggeld,

<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/krankentaggeld.aspx>,
[27.03.2017].

Krankentaggeldversicherung Schweiz_ Leistung nach Wartefrist,
<https://www.weka.ch/themen/personal/sozialversicherungen/krankheit-unfall/article/krankentaggeldversicherung-schweiz-leistung-nach-wartefrist/>, [27.03.2017].

Krankenversicherung Schweiz – comparis.ch,
<https://www.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherung/krankenversicherung-auslaender/input/wohnort>, [17.03.2017].

Krankenversicherung_ Schweiz mit Grundversicherung + Zusatz,
<https://www.ess-europe.de/krankenversicherung-schweiz/>, [23.03.2017].

Landwirtschaftliche Krankenkasse, http://aok-bv.de/lexikon/l/index_00454.html, [11.03.2017].

Leben ohne Krankenkasse_ Was droht, wenn man keine Versicherung hat_ - n-tv.de, <http://www.n-tv.de/ratgeber/Was-droht-wenn-man-keine-Versicherung-hat-article16064241.html>, [28.03.2017].

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen,
<http://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/>, [09.03.2017].

Liste der BKK (Betriebskrankenkassen),
<http://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/liste/bkk.html>, [11.03.2017].

Risikoausgleich,
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html#>, [20.03.2017].

Risikostukturausgleich (RSA),

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/finanzierung/risikostukturausgleich-rsa.html>, [13.02.2017].

Sachleistungsprinzip,

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72530/sachleistungsprinzip>, [03.03.2017].

Sachleistungsprinzip, http://aok-bv.de/lexikon/s/index_00097.html, [03.03.2017].

Satzungsleistungen - Mehrleistungen der Krankenkassen,

<http://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/satzungsleistungen/>, [10.03.2017].

Schweiz_ Krankenversicherung in der Schweiz-Die obligatorische Versicherung,

<https://www.justlanded.de/deutsch/Schweiz/Artikel/Gesundheit/Krankenversicherung-in-der-Schweiz>, [24.03.2017].

Selbstbehalt in der Grundversicherung,

<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/selbstbehalt-grundversicherung.aspx>, [17.03.2017].

Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung - GKV-Spitzenverband,

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, [13.02.2017].

Solidarprinzip,

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>, [13.02.2017].

Tiers garant – Definition, <http://www.moneyland.ch/de/tiers-garant>, [012.04.2017].

Tiers payant – Definition, <http://www.moneyland.ch/de/tiers-payant>, [01.04.2017].

Tiers soldant einfach erklärt, <http://www.moneyland.ch/de/tiers-soldant-definition>, [01.04.2017].

Versicherungspflicht,

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht.html>, [20.03.2017].

Was geschieht eigentlich, wenn ich mich nicht versichere,

<https://www.monsieur-sante.ch/de/2013/04/25/was-geschieht-wenn-ich-mich-nicht-versichere/>, [28.03.2017].

Währungsrechner,

https://waehrungsrechner.com/?gclid=COip2fHYutMCFQtAGwodN_QJ5w, [23.04.2017].

Zusatzbeitragssatz - GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp, [13.02.2017].

Zuzahlungen auf einen Blick _ AOK – Die Gesundheitskasse,

<https://bw.aok.de/inhalt/zuzahlungen-auf-einen-blick-7/>, [06.04.2017].

Erklärung der Verfasserin

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.“

Es ist mir bekannt, dass die Arbeit mit einer Plagiaterkennungssoftware auf nicht gekennzeichnete Übernahme fremden geistigen Eigentums überprüft werden kann.“

Mögglingen, den 25.04.2017,

Anna Süßmuth